

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Poruchy příjmu potravy u vybrané skupiny mladých žen v ČR

Eating disorders in a selected group of young women in the Czech Republic

Sabina Housková

Vedoucí práce: Ing. Bc. Alena Váchová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice (B7507)

Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika - Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Poruchy příjmu potravy u vybrané skupiny mladých žen v ČR potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 13.7. 2018

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní Ing. Bc. Aleně Váchové Ph.D. za odborné akademické vedení, za připomínky a praktické rady při psaní mé bakalářské práce. Dále bych ráda vyjádřila své poděkování všem slečnám, které se podílely na mém kvalitativním výzkumu v praktické části bakalářské práce.

## **ABSTRAKT**

Cílem bakalářské práce na téma Poruchy příjmu potravy u vybrané skupiny mladých žen v ČR je zjistit, jaké jsou příčiny vzniku PPP, charakteristické znaky PPP a jejich případná následná péče. Bakalářská práce se dělí na dvě části, a to na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na základní informace o PPP, příčiny vzniku PPP, přehled léčby včetně jejich možných následků a samozřejmě na prevenci PPP. V praktické části bakalářské práci na základě rozhovorů s pěti slečnami jsem zjistila, že podobnost příčin vzniku PPP byla pouze u dvou slečen z pěti. Nejčastější charakteristické znaky PPP byly podobné u všech respondentek, které dodržovaly velmi striktní jídelníček a provozovaly k tomu náročnou fyzickou aktivitu. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zdali musely dívky podstoupit léčbu a jak vypadala. Zjistila jsem, že jedna dívka se vyléčila svépomocí, jedné dívce pomohly návštěvy psychologa, třetí slečně zase ajurvédský léčitel, čtvrtá slečna musela absolvovat hospitalizaci v ozdravovně v HK a pátá slečna navštívila odborníci na PPP a později ještě skupinové terapie. Vyhodnocením rozhovorů jsem také zjistila, že největší podporou za uzdravení se byl dvěma dívkám přítel, jedné slečně maminka, čtvrté slečně pomohly kamarádky na Facebooku a páté slečna pokládá za největší podporu její maminku. Dalším cílem bylo zjistit, zda si dívky myslí, že překonaly PPP a jak se nyní cítí. Kvalitativním zkoumáním bylo zjištěno, že čtyři dívky jsou téměř přesvědčeny, že už je nikdy v budoucnu porucha příjmu potravy nemůže potkat a jedna dívka má stále obavy z propuknutí PPP. Posledním dílčím cílem bylo zjištění, že pouze jedna z dotazovaných dívek se setkala na ZŠ s prevencí na téma PPP a ostatní respondentky vůbec.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, strava, prevence

## **ABSTRACT**

The aim of the bachelor work on Eating Disorders in a selected group of young women in the Czech Republic is to find out the causes of PPP formation, PPP characteristics and possible follow-up care. The bachelor thesis is divided into two parts, namely the theoretical part and the practical part. The theoretical part focuses on basic information about PPP, causes of PPP, treatment overview including possible consequences and, of course, prevention of PPP. In the practical part of the bachelor thesis, based on interviews with five children, I found out that the similarity of causes of PPP formation was only in two of the five out of five. The most common features of PPP were similar to all respondents who followed very strict diet and exercised demanding physical activity. The second sub-goal was to find out whether girls had to undergo treatment and how they

looked. I found out that one girl was curing herself, one girl helped to visit a psychologist, the other was a Auricde healer again, the fourth was to be hospitalized at the HK medical facility, and the invited maid visited a PPP expert and later group therapy. By evaluating the interviews, I also found out that the two best friendships and support for the healing were two friends, one lady mum, the other girl helped my friends on Facebook and the fifth lady considered her mother's greatest support. Another goal was to find out if the girls think they overcome PPP and how they feel now. Qualitative research has found that four girls are almost convinced that they will never meet eating disorders anymore and one girl is still afraid of losing PPP. The last partial goal I found was that only one of the interviewed girls met primary schools with PPP prevention and other respondents at all.

## **KEYWORDS**

Anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, diet, prevention

## Obsah

Úvod .....	8
Teoretická stránka.....	10
1 Historie .....	10
2 Poruchy příjmu potravy .....	11
2.1 Mentální anorexie .....	12
2.1.1 Mentální anorexie u dětí .....	14
2.2 Mentální bulimie.....	15
2.2.1 Mentální bulimie u dětí .....	17
2.3 Záchvatovité přejídání .....	17
3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy .....	18
3.1 Biologické faktory .....	18
3.2 Rodinné faktory .....	20
3.3 Psychologické faktory.....	20
3.4 Kulturní a společenské faktory .....	21
4 Léčba poruch příjmu potravy .....	25
4.1 Hospitalizace.....	25
4.1.1 Hospitalizace u dětí .....	26
4.2 Ambulantní lékařská péče.....	26
4.3 Terapeutické metody a psychoterapie.....	27
5 Prevence poruch příjmu potravy.....	30
Praktická část.....	31
6 Charakteristika, metoda a cíl výzkumu .....	32
6.1 Přiložené otázky.....	32
6.2 Výběr respondentek .....	33

7	Informace získané z rozhovorů s respondentkami .....	34
7.1	Shrnutí a porovnání průběhu onemocnění u respondentek.....	47
7.2	Doporučení plynoucí z bakalářské práce .....	51
	Závěr.....	52
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	54
	Seznam internetových zdrojů .....	56
	Seznam používaných zkratk .....	57
	Příloha 1.....	58



## Úvod

V bakalářské práci se zabývám velmi diskutovaným tématem a tj. Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se zaměřením na mentální anorexii a mentální bulimii. Poruchy příjmu potravy jsou v současnosti jedním z nejzávažnějších a stále čtenějších onemocněním psychického charakteru postihující především dospívající dívky a mladé ženy, výjimkou nejsou ani muži. Potíže, které se s tímto psychickým onemocněním neodmyslitelně poutají, způsobují potíže nejen trpícím touto problematikou, ale i jejich rodinám, přátelům a jejich sociálnímu okolí. Příznaky PPP bývají u postižených jedinců velmi podobné, ovšem nelze se toto tvrzení použít u příčin vzniku PPP.

Příčiny vzniku PPP nejsou doposud doloženy žádnou všeobecně uznávanou teorií. Tuto již zmíněnou problematiku můžeme ovšem charakterizovat jako abnormální snížení tělesné váhy, honba za dokonalým tělem a neustálou kontrolou nad svým tělem. Postižení představují celou škálu různorodých potíží. Stejně tak jako je závislost na drogách, alkoholu, kávě tak i zde můžeme mluvit o jisté závislosti jakožto abnormální kontroly nad svým tělem. Omezování v jídle, vynechávání jídel, nedostatek vitamínů a minerálů pro správnou funkci tělesných orgánů, podrážděnost, fyzická slabost aj. patří mezi nejtypičtější příznaky PPP.

Dospívání je období psychicky i fyzicky velmi náročné. Proporce těla především u mladých žen zaznamenává změny v oblastech hýždí, stehen, břicha atd. Leckdy i tyto někdy nenávratné fyzické změny bývají právě tím spouštěčem konkrétního druhu z poruch příjmu potravy. V tomto období jedinci prodělávají i hormonální změny. Dívky počinají menstruaci, u chlapců se vyvíjí hlas a stavba těla. Dospívající jedinec má touhu být tím nejlepším, nebo alespoň lepším než jeho přátelé. Ideálem a většinou i vzorem mladých žen jsou vyretušované modelky a chlapců zase svalovci na titulních stranách časopisu či v internetových člancích. Opravdu jen výjimečně se setkáme s tím, že by symbol krásy a smysluplnosti charakterizovala plnoštíhlá modelka. Na mladistvé je tak vyvíjen mediální tlak ze všech koutů světa. Cílem tedy je, se alespoň přiblížit k mediálnímu obrazu shrnující krásu v mírách 90-60-90 a u mužů k dokonale vyrýsovanému tělu.

Moje bakalářská práce je věnována této problematice, kterou chci v první řadě přispět k celkové informovanosti a prevenci společnosti.

V teoretické části bakalářské práce se věnuji především historii PPP, základnímu vymezení PPP a jejich následné dělení. A další samostatná kapitola je věnována i případné léčbě PPP. V praktické části bakalářské práce jsem učinila pět rozhovorů s pěti dívkami ve věkové kategorii 19-25 let. Pomocí rozhovorů jsem mohla nahlédnout do úskalí této problematiky a pokusit se pochopit, co dotyčné v tomto složitém období musely vydržet a co prožívaly uvnitř sebe. Musím přiznat, že jsem při rozhovorech byla značně empatická, neboť i mě tato skutečnost kdysi v útlém věku potkala a vlastně i přiměla se této problematice věnovat v bakalářské práci. Dívky mě obeznámily s jejich ne zrovna radostnou etapou v životě, abych všechny tyto poznatky a postřehy mohla využít v mé bakalářské práci. Měla jsem k dispozici i různé internetové blogy, kde trpící nebo jen čistě zvědaví návštěvníci či zdraví jedinci diskutovali o PPP. Radili si navzájem, jak zhubnout, kolik kJ přijmout za den, aby tělo nepřibralo, ale zároveň fungovalo, jakým způsobem a jak dlouho cvičit, popřípadě jak se anorexie, bulimie či záchvatovitého přejídání zbavit.

## **Teoretická stránka**

### **1 Historie**

Historie poruch příjmu potravy sahá už do středověku lidstva. V dějinách lidstva byly poruchy příjmu potravy přiřazovány jak k somatickým onemocněním, tak i k celé řadě psychiatrických syndromů. Společnost této problematice však nevěnovala dostatek pozornosti a PPP nebyly považovány za primárně psychogenní jev. Vynechávání jídel, hladovění a nedostatek hodnotné stravy bylo součástí přísných praktik při náboženských obřadech ale i nástrojem protestních činů nebo sebetrestajících jedinců (Krch, 1999).

Termín mentální anorexie je známý už ze starověkých lékařských pramenů. V antických dobách se termín „orexis“ vysvětloval jako stav celkové tělesné únavy. Jeden z nejznámějších a nejvlivnějších lékařů a filozofů ve Starověku byl Galén, který používal pojem „asitia“, označující odpor a nechuť k jídlu a odmítání stravy. V roce 1840 francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert, diferencuje dva typy anorexie: gastrickou anorexiu a nervovou anorexiu. Již zmíněný první typ se vyznačuje poruchou trávicího traktu a celkového zažívání, zatímco anorexie nervová je syndrom příznačný kritickým snížením tělesné hmotnosti. Mozek nevyvolává pokyn k jídlu a pacienti nemají potřebu se stravovat. Od devadesátých let devatenáctého století se ve Francii stala mentální anorexie běžně užívaným jevem v lékařské terminologii. Byl to britský lékař William Gull, který v roce 1874 inovoval odborný výraz „anorexia nervosa“ (Krch, 1999).

Obezita a ženské křivky byly v historii předností a ukazatelem blahobytu. Obezita v současnosti je velmi častý jev především u mladých lidí. Výzkumné studie dokazují, že přibývá stále mladších jedinců, kteří nedodržují zdravý životní styl. Vyvážené a plnohodnotné složení stravy, dostatečný příjem tekutin, fyzická aktivita a dostatek zdravého spánku je tak pro většinu populace velkou neznámou. Obezita je onemocněním většinou psychického charakteru. Mezi příčiny obezity samozřejmě řadíme i metabolické poruchy či jiné zdravotní problémy. Ovšem na protipólu stojí mentální anorexie a mentální bulimie. Již zmiňovaná onemocnění jsou poruchy psychického charakteru. Extrémní hodnoty podvýživy a obezity mohou vyvolat vážné zdravotní komplikace, které mohou skončit až úmrtím jedince (Krch, 1999).

## 2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy byly v minulosti relativně vzácným jevem. V současné době se však poruchy příjmu potravy objevují stále četněji a postihují především mladé dívky v dospívajícím věku života. Mezi nejzávažnější poruchy příjmu potravy patří především mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Odborná literatura obsahuje i další atypické a nespecifické druhy jako jsou ortorexie, bigorexie, drunkorexie a další, které ještě v odborné klasifikaci nejsou zařazeny (Papežová, 2010). Jedním z důvodů je sociokulturní stereotyp zdůrazňující význam ženské krásy. Extrémní štíhlost bez ženských křivek je současným ideálem prezentovaným téměř ve všech dívčích časopisech a na sociálních sítích. I když je pro většinu populace tento ideál nedosažitelným, tak přibývá stále více mladých dívek ale i chlapců, které o něj neustále usilují. Faktem je, že přibývá stále více jedinců, kteří trpí touto poruchou již v útlém věku dětství (Papežová, 2010).

Za hlavní příčinu se nejvíce udávají média jakožto nástroj moci na společnost. Lidé jsou často velmi snadno zmanipulovatelní fenoménem zvaným „zdravý životní styl“ a stávají se tak loutkou ve světě médií. I když to někteří mohou považovat za určitou zvrhlost, tak honba za krásným, štíhlým tělem je v dnešní době pro část lidské populace zcela běžná záležitost. Samotný počátek poruch příjmu potravy bývá často zcela nenápadný (Procházková, Sladká - Ševčíková, 2017).

Například v situaci, kdy se žena rozhodne po porodu shodit pár kil, tak si ani neuvědomuje, jak tenká je hranice mezi redukcí hmotností a počátkem PPP. Výsledků během redukční diety si všímá nejen samotný jedinec ale především okolí jedince, které skládá poklonu nad dosaženými výsledky. Ženu komplimenty těší a motivují ji tak k ještě lepším a drastičtějším metodám diety. Laik v tomto oboru neodhadne situaci, že dotyčný může začít trpět právě PPP (Claude-Pierre, 2001).

Poruchy příjmu potravy jsou u každého jedince velmi individuální. Mluvíme-li o léčbě PPP, tak může mít různou délku trvání, rozdílné terapie a celkové vyústění léčby. Zdali je nemoc v chronickém stádiu, trpí jím jedinec a celá jeho rodina a okolí. Nastávají vážnější zdravotní problémy a zanedbanost psychické poruchy může způsobit zdravotní komplikace samotné

léčby PPP, které si vyžadují vyšší ekonomické náklady, a především profesionální spolupráci s odborníky. Léčbu PPP není správné podceňovat, tak jak to většina pacientů dělá či se tak chystá dělat. Dlouhodobé odmítání léčby či hospitalizace na specializovaném pracovišti nebo dlouhodobě neúčinná léčba zvyšují riziko zdravotních komplikací, opakující se potíže s relapsy nebo sociální izolace od okolí (Maloney, Kranz, 1997).

## **BMI**

Důležitým pomocníkem při zjišťování PPP je BMI- tzv. body mass index porovnávající tělesnou hmotnost lidí s různou výškou. Body Mass Index je celosvětově užívaný číselný ukazatel určující tělesnou hmotnost. Hodnoty BMI používají často nutriční specialisté či trenéři při sestavování redukčních jídelníčků u svých klientů. Jeho oblíbenost tkví především v jednoduchosti, neboť nám vystačí pouze tělesná výška a hmotnost (Williams, 2005).

Postupuje se pomocí vzorečku, kam dosadíme naše údaje o tělesné hmotnosti a výšce a jeho vyhodnocením získáme výsledek, který si dle přiložené tabulky zkontrolujeme. Pokud máme výsledek 17,5 a nižší, měli bychom být na pozoru, protože se jedná o podváhu. Pokud se pohybujeme v rozpětí 17,6-24,99, pak je naše tělesná hmotnost v normě. Výsledek v rozmezí 25-29,99 nám značí nadváhu. Dále rozlišujeme obezitu prvního stupně tj. 30-34,99, obezitu druhého stupně 35-39,99 a obezitu třetího stupně 40 a více (Výpočet BMI, Body Mass Index).

## **2.1 Mentální anorexie**

Mentální anorexie je onemocnění psychického charakteru vyznačující se úmyslným snižováním tělesné hmotnosti a nedostatkem plnohodnotné stravy. Trpí jím především mladé dívky, ale je vědecky prokázáno, že se tato porucha objevuje stále více i u chlapců. Mentální anorexie většinou začíná mezi 14-18 lety u dospívajícího jedince, ale může se objevit i dříve nebo později (Krch, 2010).

Lidé, kteří trpí anorexií, mají většinou paradoxně velký zájem o jídlo (nakupují nezdravé potraviny, vaří pro své blízké a sbírají recepty). Ovšem strach z tloušťky a aktivní udržování či stálé snižování abnormálně nízké tělesné váhy je pro ně prioritou a jídlo nikdy nepřipravují pro sebe ale pro své okolí. Většinou právě těmito praktikami chtějí utěšit své okolí a utvrdit

ho v tom, že se stravují zcela normálně. Jedinci s AN bývají velmi často mistři ve svém oboru, tzn., že dokážou mluvit o jídle s velkým zájmem, improvizují, lžou sami sobě i svému okolí, skrývají jídlo a poté ho vyhazují do odpadků a několikrát denně cvičí, často i v noci s myšlenkou být extrémně štíhlí a krásní. Okolí si většinou ani neuvědomuje, že poznámkami typu: „jsi hubená“, „sluší Ti to“, utvrzují nemocné v touze abnormně snížit svoji hmotnost ještě více na úkor svého zdraví. Motivace a vůle trpících AN je velmi pevná a nezlomná, proto je značně obtížné pro okolí pochopit psychiku a často nereálné cíle nemocných (Cooper, 1995).

Jedinci trpící touto poruchou jsou egocentricki, mívají časté konflikty a jejich okolí si začíná všimnat změn jejich chování. Nemocní vnímají své tělo zkresleně a podceňují závažnost mentální anorexie. Jsou přesvědčeni, že rodiče, lékaři a okolí přehánějí a jsou názoru, že pokud nastanou zdravotní nebo psychické problémy, jsou připraveni je zvládnout (Krch, 2010).

### **Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)**

Psychické onemocnění zvané mentální anorexie se posuzuje podle kritérií, mezi které patří:

- Změna jídelníčku, z něhož mizí jídla energeticky vydatná nebo příliš tučná „nezdravá“ a sladká jídla.
- Změna tempa a chování při konzumaci jídla. Konzumují velmi pomalu a nadměrně zvyšují pitný režim.
- Abnormní snižování tělesné hmotnosti, která je udržována 15 % pod předpokládanou úroveň nebo je hodnota BMI pod 17,5kg/m<sup>3</sup>.
- Mají strach z tloušťky, vnímají své tělo zkresleně.
- Endokrinní porucha zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se u žen projevuje jako amenorea a u mužů dochází ke ztrátě sexuálního zájmu a potýkají se se zdravotním problémem potence.
- Pokud se mentální anorexie projevuje u adolescentů či osob v pubertě, může dojít k přerušení nebo úplnému zastavení růstu a vývoje jedince. Dívky neregistrují

menstruační cyklus vůbec nebo byl díky mentální anorexii přerušen, nevyvíjí se jim prsa a chlapcům zůstávají dětské genitálie (Krch, 2010)

### **Diagnostická kritéria podle DSM-IV**

- Vyhýbají se jídlu ve společnosti, improvizují a častou lžou sami sobě a svému okolí, kolik toho za den zkonsumovali.
- Intenzivní strach z přibírání na váze, pacientky své tělo vnímají velmi zkresleně a často se vidí jako tlusté, i když jsou velmi vyhublé. Tělesná hmotnost se pohybuje pod 17,5 % BMI, což je nejmenší přijatelná norma odpovídající věku a výšce.
- Abnormálně vysoká fyzická aktivita a nedostatečný příjem potřebných živin.
- U žen se objevují minimálně tři za sebou vynechané menstruační cykly.
- Ztrácejí kontakty se svým okolím a vyhýbají se společnosti (Krch, 2010).

### **Bulimický a nebulimický typ mentální anorexie**

- Restriktivní (nebulimický) typ AN označuje jedince, který abnormně snižuje svojí tělesnou hmotnost hladověním, nadměrnou fyzickou aktivitou nebo jinými faktory, které jsou životu nebezpečné. Během průběhu mentální anorexie se u jedince neobjevují známky záchvatovitého přejídání (Co jsou poruchy příjmu potravy).
- Purgativní (bulimický) typ AN označuje jedince, který se nadměrně přejídá a k vyprazdňování stravy zneužívá diuretika, klystýr, projímadla nebo kombinaci některých z těchto uvedených praktik (Krch, 2010).

#### **2.1.1 Mentální anorexie u dětí**

Zahraniční studie zaznamenávají přibývajících případů, kdy se mentální anorexie objevuje před dovršením 14. roku života dítěte. Příznaky a projevy mentální anorexie byly v zahraničí vyzorovány na dětech ve věkovém rozpětí 7-10 let. Mentální anorexie u dětí je velmi vážným problémem, neboť je ohrožen správný fyzický i psychologický růst a vývoj. Mezi komplikace u anorektických dětí patří:

- Omezení příjmu potravy vede k podvýživě a vyhublosti
- Nedostatek tukových zásob – větší nebezpečí dehydratace, tepelná izolace

- Zpomalení či úplné zastavení tělesného růstu a sexuálního zrání
- Agresivní reakce na zvětšování porce jídla a snaha děti vykrmovat
- Náročná spolupráce a komunikace při léčbě – děti termínům a postupům většinou nerozumí
- Značné nebezpečí psychosociálního vývoje dítěte – socializace, interakce (Kocourková, Koutek, Lebl, 1997)

## 2.2 Mentální bulimie

Porucha psychického charakteru se označuje pod pojmem mentální bulimie. Mentální bulimie se od mentální anorexie liší během průběhu samotné nemoci. Bulimici trpí záchvatovitým přejídáním, které se často mění v noční můru. Těsně po záchvatovitém přejídání bývá na pořadí celá řada výčitek a zklamání, proto následuje vyprazdňování zkonsumované stravy. Vyprázdnění bývá vyvoláváno zneužíváním diuretik, projímadel, klystýru nebo kombinací některých z těchto uvedených praktik. Nadměrné množství stravy zkonsumují jedinci za velmi krátký časový interval. Důvody trpících mentální bulimií k přejedení se většinou opakují (Papežová, 2003).

Mezi hlavní důvody patří především hlad. Konzumaci jídla, které však nemocný nepovažuje za „zdravou potravinu“ se trestá následným hladověním nebo vyprázdněním. Neodlučitelně se s touto psychickou poruchou pojí negativní nálady, vztek, nepřiměřené agresivní reakce a pocit osamělosti. Jedinci trpící mentální bulimií s těmito pocity bojují každý den. Dalším zásadním důvodem onemocnění tohoto typu je chorobný strach z tloušťky nebo přibírání na váze. Strach může mít u každého jedince různé podoby, strach snídat, strach večeřet, strach návštěvy restaurace, strach návštěvy prarodičů nebo mít strach z nasycení a plného žaludku. Se strachem se musí zavčas bojovat, protože jinak má strach tendenci sílit. Kořeny každého strachu, tedy i strachu z obezity, jsou v našich životech a ve světě, který nás obklopuje. Nejistota a strach z obezity a celulitidy mimo jiné doprovází i přirozené hormonální změny ženského těla v průběhu dospívání. Jedinec se zaobírá jen svým tělem a abnormálním strachem z tloušťky (Cooper, 1995).

Bulimici ztrácejí zájem o společenské kontakty a sociální interakce. Jsou tak posedlí svým tělem, že nevnímají skutečnou realitu. Cítí se osamělí a pro své okolí méněcenní. Jejich



emoce a nálady jsou často jako „na houpačce“ a nejráději tráví čas jako samotáři a nejlépe s nadměrným množstvím jídla, které by stačilo pro čtyřčlennou rodinu (Cooper, 1995).

S mentální bulimií samozřejmě rostou obavy zdravotního i psychického charakteru. Díky nedostatečné výživy, užíváním prostředků snižující tělesné tekutiny a vyhublosti mohou nastat životu nebezpečné problémy, jako je například-citlivost na chlad, poruchy spánku, zvýšená kazivost zubů, celková únava a malátnost, lámavost vlasů, problematická plet', snížená funkce střev a CNS apod. Nejčastějším gynekologickým problémem u dívek trpících mentální anorexií nebo mentální bulimií je nepravidelná menstruace. Uvádí se, že normální hodnoty menstruace závisí na udržení určitého podílu tuku v těle, který se pohybuje kolem 20 % tělesné hmotnosti ženy. Bylo zjištěno, že u žen vážících jen o 10 % méně, než je jejich optimální či možná minimální tělesná hmotnost, už dochází ke změnám menstruačního cyklu nebo menstruační cyklus zcela vymizí. Tyto již zmíněné problémy mohou v budoucnu zapříčinit neplodnost ženy, a tudíž i neschopnost porodit dítě (Krch, 2008).

#### **Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)**

- Nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti a chorobný strach z tloušťky, neustálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha po jídle
- Opakující se záchvaty přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců)
- Snaha potlačit chuť k jídlu a přejídání se pomocí různých diuretik, zneužívání projímadel, diabetici vynechávají léčbu inzulinem, vynucené zvracení.

Studie prokázaly, že v České republice trpí mentální bulimií každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Rozšíření mentální bulimie v ČR je srovnatelné v zemích západní Evropy. Proto je nutná prevence jak mentální bulimie, tak mentální anorexie v již útlém věku dětství (Krch, 2008).

#### **Specifické typy mentální bulimie podle DSM-IV**

- Purgativní typ – Pacient pravidelně vyvolává zvracení, zneužívá diuretika a jiné látky, aby zabránil nárůstu tělesné hmotnosti
- Nepurgativní typ – Pacient dodržuje drastické diety, hladovky nebo provozuje velmi intenzivní fyzickou aktivitu (Krch, 2008).

### **2.2.1 Mentální bulimie u dětí**

Mentální bulimie se u dětí před dovršením 14. roku jejich života vyskytuje pouze výjimečně. Pokud jsou však u dítěte zaznamenány projevy mentální bulimie je nutná lékařská pomoc, neboť kvůli obrovskému příjmu potravy za krátký časový interval a vyprovokovanému opakovanému zvracení může dojít k nevratným zdravotním potížím (Kocourková, Koutek, Lebl, 1997).

## **2.3 Záchvatovité přejídání**

Záchvatovité přejídání je jedna z nejznámějších poruch příjmu potravy vedle mentální anorexie a mentální bulimie. Jedna z definic uvádí, že záchvatovité přejídání znamená velké množství zkonsumovaného jídla během krátkého časového úseku. Ačkoliv toto onemocnění postihuje více ženy, tak i muži tvoří zhruba 15 % nemocných. Příčinou bývá nesprávné a nevyvážené množství potravin přijaté za den, které může být způsobené redukčními dietami. Na rozdíl od jiných PPP se záchvatovité přejídání objevuje většinou až ve starším věku. Člověka trpícím záchvatovitým přejídáním poznáme podle několika faktorů. Pacienti mají časté intenzivní pocity jako je strach, pocit viny, potěšení, očekávání aj. Téměř celý den se postižení tímto onemocněním točí kolem jídla. Vyhledávají situace a akce, kde přijdou s jídlem do styku. Na jídlo a pocit plnosti a štěstí se dokážou těšit celý den. I přesto, že se velmi často cítí plně nasyceni a přejedeni a mají pocit nevolnosti, tak nedokážou přestat s konzumací, dokud nesnědí určité množství jídla. Dodržují zvláštní rituály, které se týkají jídla a potravin. Pacienti konzumují velké množství potravin, i když nepocítují hlad. Často se u záchvatovitého přejídání střídá období těžkého přejídání s obdobím striktních diet až hladověním (Cooper, 1995).

Záchvatovité přejídání představuje řadu zdravotních komplikací. Mezi které může patřit obezita, propuknutí diabetes, kardiovaskulární problémy aj. Díky záchvatovitému přejídání dochází k ukládání tuku v tukové tkáni, proto v mnoho případech ze záchvatovitého přejídání vznikne obezita, která s sebou může přinášet řadu nepříjemných situací v sociálním životě. Při léčbě záchvatovitého přejídání je důležitá komplexnost, to znamená léčba po fyzické i po psychické stránce člověka (Paterson, 2008).

### **3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy začínají zcela nenápadně. Většinou jedinci usilují nejprve o snížení svojí dosavadní tělesné hmotnosti pomocí redukčních diet či změny jídelníčku a přidáním fyzické aktivity. Ovšem někdy se z těchto banálních požadavků člověka redukcího svoji váhu mohou vyklubat závažná onemocnění PPP. V dnešní době je velmi obtížné obstát nátlak společnosti na „ideální váhu“, mnohdy to zasáhne celou řadu mladých lidí, kteří chtějí jen plout s proudem (Krch, 2008).

Faktorů ovlivňující PPP je neskonale mnoho, proto v knihách zabývajících se problematikou PPP můžeme najít faktory ovlivňující PPP rozdělené na společenské, kulturní, biologické a rodinné (Krch, 2008).

#### **3.1 Biologické faktory**

##### **Menstruační cyklus**

Důležitým faktorem ženského pohlaví je menstruační cyklus, který je většinou při PPP vynecháván. V některých případech stačí k minimálnímu omezení v příjmu energie, aby došlo k endokrinním změnám a tělo začalo velmi strádat důležité živiny pro správný vývoj a růst. Některé studie uvádějí, že se frekvence bulimických záchvatů mění v souvislosti s menstruačním cyklem, u zkoumaných pacientek trpících mentální bulimií se záchvaty pět dnů před menstruačním cyklem zvyšovaly a po ukončení menstruace opět klesaly (Krch, 2005).

##### **Tělesná hmotnost**

Přibírání na váze u většiny žen evokuje pocit nespokojenosti s vlastním tělem a touha po redukci tělesné hmotnosti vzrůstá. Důležitou roli při vzniku PPP hraje ukládání tělesného tuku, a to zejména na problematických partiích jako jsou hýždě, stehna a boky. Strach z tloušťky a přibírání na váze je základním rysem poruch příjmu potravy. Pokud se žena či dospívající dívka rozhodne změnit svůj stravovací režim musí dbát na správné a vyvážené množství stravy. S hubnutím se váze několik rizik, a to zejména nedodržení správných a pro tělo prospěšných zásad u některých diet. Většinou ženy postupují velmi radikálně

a to tak, že úplně vynechají jednu z důležitých složek potravy. Denní příjem omezí na minimum a tělo se začne dostávat do deficitu (Krch, 2005).

## **Puberta**

Nejčtenější skupinou trpících mentální anorexií a mentální bulimií jsou právě ženy nebo dívky v průběhu puberty a adolescence, kdy je přítomen velmi rychlý tělesný růst. Již zmiňované problematické období, co se týče psychických i fyzických změn je puberta. Běžná puberta má většinou tři roky trvání a u dívek končí tím, že se objeví první menstruace. V tomto období se adolescenti potýkají s hormonálními změnami, které přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy (Málková, Krch, 2001).

Během dospívání se jedinci začnou více zabírat pojmy jako je sebeláska, uvědomování si sebe sama a přemýšlení o sobě. Dospívající jedinci si uvědomují sebe sama ve srovnání s ostatními a zdá se, že jsou dívky oproti chlapcům nejistější a často trpí nízkým sebevědomím a obavou, jak je přijme společnost (Krch, 2005).

U dívek dochází za poměrně krátkou dobu k tělesným změnám, které nejsou vždy vítané. Dívky se proto potýkají s vulgárními, pro ně nepochopitelnými narážkami na jejich postavu, proto i jedna nemístná poznámka může v dívce vyvolat pocit méněcennosti a selhání. Sebekritika, náchylnost k depresím a nízké sebevědomí jsou důsledkem PPP. Pacienti začnou radikálně snižovat příjem potravy, kontrolují svůj vzhled a denní náplní se stává sebehodnocení vlastního těla. S pubertou nesouvisí pouze tělesné změny ale i změny sociálního charakteru. Jedinci mají touhu po nezávislosti na druhých a osamostatnit se. V důsledku odloučení od rodiny a blízkých může dojít k narušení stravovacích zvyklostí nebo k rozvoji PPP. V období dospívání hraje významnou roli i přijetí sexuální role a dosažení autonomie. Nelze však opomenout, že ke vzniku poruch příjmu potravy dochází pouze v období dospívání ale i v dospělosti se můžeme setkat s PPP. Ovšem období dospívání a puberty je rizikovým obdobím díky hormonálních a tělesných změn, které jsou spojeny se stresem a náchylností k sebekritice a podceňování (Krch, 2005).

## **3.2 Rodinné faktory**

Rodina je celek kulturních, sociálních, psychických i biologických hodnot, kde je dítěti zajištěna řádná výchova. Rodina má významnou roli při utváření celkové osobnosti, sebehodnocení a očekávání (Krch, 2010).

### **Komunikace v rodině**

U mnoha rodin bývá častým problémem i špatná komunikace a neschopnost se společně domluvit na jedné věci. Často i děti, které jsou z neúplných rodin, ze špatných sociálních podmínek, děti z dětských domovů nebo s problémy se šikanou či jiným zneužíváním, naleznou tak často útěchu v sebepoškozování či trpí PPP (Málková, Krch, 2001).

Postoje matky a otce ke stravování a vnímání svého vlastního těla je tedy velmi důležité pro dítě. Pokud matka neustále kontroluje tělesnou hmotnost svojí nebo svého dítěte, tak je zde větší pravděpodobnost pro vznik a rozvoj následných PPP. Krch, uvádí, že matka, která sama trpí mentální anorexií je často dominantní. Také Sours se přiklání k názoru, že anorektické matky trpí nadměrnou symbiózou se svým potomkem a mateřskou kontrolou. Nastolení jídelních a stolovacích zvyklostí je v každé rodině individuální a pro dítě nezbytnou součástí jeho sociálního vývoje (Krch, 2005).

### **Ambicióznost rodičů**

Je také vědecky prokázáno že rodiče, kteří bývají perfekcionisté, tak mají na své potomky příliš vysoké nároky a projevují nedostatek citů a emocí, děti málo chválí a neoceňují je. Většinou po svých dětech požadují profesionální výkony ve sportovním, uměleckém či jiném odvětví bez ohledu na jejich schopnosti a zájem. Samy si tak kompenzují svůj neúspěch v mládí. Dalším konfliktem může být problematika týkající se sexuality a rozhovory s ní spojené, pokud dítě není na typ tohoto rozhovoru připravené, může to mít negativní vliv na vztah mezi rodiči a dítětem. Časté konflikty studie zaznamenávají i mezi nemocným a sourozenci či jinými členy rodiny (Krch, 2005).

## **3.3 Psychologické faktory**

### **Osobnost**

Některé výzkumy a autoři se domnívají, že samotný původ a rozvoj PPP tkví v osobnostních rysech jedince. Osobnostní charakteristiky u jedinců trpících mentální anorexií či mentální

bulimií jsou velmi individuální, avšak mezi nimi nalezneme určitou shodu a spojitost. Před samotným vypuknutím jedné z PPP jedinci trpí méněcenností. Charakteristická je pro ně touha po úspěchu a doprovázející pevná vůle. Co jim naopak chybí je asertivita, nadhled a nezávislá vůle (Vašina, 2010).

V odborné literatuře jsou uvedeny povahové rysy, které jsou rizikové pro vznik a rozvoj PPP. Patří mezi ně především perfekcionismus, sebetrestání, zranitelnost, proměnlivost nálad, asketismus a puritánství (Papežová, 2010).

### **Životní události**

Je vědecky prokázáno, že u 70 % případů mentální anorexie a bulimie byla hlavním spouštěcím mechanismem nějaká životní situace či událost. Mezi nejčastěji zmiňovanými spouštěcími mechanismy bývají sexuální nebo jiné konflikty, odloučení od rodiny, ztráta někoho blízkého, osobní nezdár či nemoc nebo nárazky různého typu na tloušťku a tělesný vzhled. Je důležité si být vědom, že i jedna kritická poznámka na tělesný vzhled může u jedince vyvolat pocit méněcennosti a obavu z obezity. Těžké životní období vnímá každý člověk individuálně. Především u dívek v pubertálním či adolescentním věku dochází velmi často ke vzniku různých somatických i psychických onemocněních, právě kvůli náročnosti a neovladatelnosti dané situace (Krch, 2005).

## **3.4 Kulturní a společenské faktory**

Na vzniku PPP se podílejí i sociálně - kulturní faktory. Lidské tělo a lidská krása bylo vždy chápáno v různých kulturách a různých historických obdobích rozdílně, přičemž se od žen automaticky očekávalo plnění přání kulturního ideálu krásy daného období (Krch, 2010).

V současné době je považován příjemný vzhled spojený se štíhlostí za jeden z úspěchů na trhu práce. Lidská vnější stránka je často důležitější než samotný interiér a inteligentní vybavenost člověka. Jedním z mnoha důvodů strachu z tloušťky je skandalizace obezity. Již samotné děti přisuzují obézním lidem vlastnosti typu lenost nebo hloupost. Na základních a středních školách je nejznámější příčina šikany především nadváha spolužáka. Samotní lékaři varují společnost před obezitou s myšlenkou, že obezita je závažné onemocnění a hůře se spolupracuje s lidmi tohoto typu onemocnění (Málková, Krch, 2001).

### **Nezdravý ideál**

V zemích západního světa se po druhé světové válce poukazovalo na rostoucí zájem o tělo, doprovázen pocitem tloušťky. Obava ze „západního“ standartu ženské krásy tak nepřímo odstartovala v několika ženách změnu životního stylu a dodržování redukční diety. Módní ideál nepřímo ovlivňuje dívky v pubertě a adolescentním zranitelném věku, které pak krásu žen vnímají především ve štíhlosti a sebekontrolě. Většinou se těmito ženám chtějí vyrovnat a do jisté míry jsou pro ně vzorem a módním ideálem. Dívkám společnost představuje ideál krásy, který je zdravým a přirozeným způsobem nedosažitelný, a tak dívky drží drastické a neúčinné diety, aby se vyrovnaly komerčními reklamami propagovaným ideálu krásy na vyretušovaných modelkách v módních časopisech (Málková, Krch, 2001).

## **Média**

Média se dají považovat za nejběžnější příčinu PPP vůbec. Téměř na každém billboardu či v reklamě poskakuje štíhlá, usměvavá, krásná modelka. Kult štíhlosti dívky především v dospívajícím období obdivují a chtějí rovněž dosáhnout krásy a štíhlosti ve snaze se vyrovnat vyretušovaným modelkám, které ve většině případů samy trpí PPP. Média, ať už tištěná nebo mluvená mají obrovský vliv především na mladou populaci. Předpojatost vůči obezitě je nám vštěpována ve velkém měřítku. Krch a Málková jsou názoru, že obezita s sebou přináší i předsudky v dětském kolektivu. Dětem, které se potýkají s nadváhou či obezitou jsou přisuzovány vlastnosti jako je lenost nebo lhostejnost. Na protipólu je ovšem štíhlost, která v lidech vyvolává pocit sebekontroly a vůle. V médiích často vidíme extrémní osoby, jsou mezi nimi většinou bohatí lidé, modelky a jiní úspěšní lidé, snaha se těmito osobám vyrovnat je pro některé jedince, ač nedosažitelným tak vytouženým cílem. (Hall, Cohn, 2003).

Je nutné si připomenout, že vliv médií je nátlak na mladou společnost pomocí časopisů, reklam, televize a v dnešní době především sociálních sítí. Na sociálních sítích se strhávají různé podoby debat o tom, jak správně držet dietu, kdy naposledy jíst v noci, kolik dnů v týdnu má být fyzická aktivita, jaká je optimální délka spánku apod. Dívky na těchto sociálních sítích dokážou strávit hodiny svého volného času, za účelem, zjistit nejvíce možných informací, které jim mohou pomoci shodit jejich nadbytečná kila (Krch, 2010).

Je známo, že psaná nebo mluvená média mají velký vliv na společnost. Není pochyb o tom, že média propagují názor takový, že nejen obezita ale i mírná nadváha je zdraví nebezpečná

a že štíhlost je zárukou delšího zdravého a spokojeného života. Není tedy divu, že se spousta lidí v různé věkové kategorii stane obětí mediálního tlaku (Krch, 2010).

Přístup na internet je v současné době velmi otevřený. Spousta lidí na internetu nebo v časopisech hledá inspiraci nebo radu, jak zhubnout. Fotografie vyretušovaných pózujících modelek bývá pro většinu dospívajících dívek vzorem a ideálem ženské postavy. Vyskakující články s hlavním titulkem „Zázračná mléčná dieta“, „Za pět dní neuvěřitelných pět kilo dole“ v ženách většinou evokuje naději, jak rychle a zdravě shodit nadbytečná kila. Ovšem do zdravé redukční diety mají tyto rady velmi daleko. Na sociálních sítích dívky komunikují prostřednictvím chatu, kde si předávají rady a tipy na drastické diety. Typickým blogem je „pro - ana blog“, což je zkratka pro anorexii. Význam tohoto blogu spočívá především v tom, že si dívky radí, jak překonat svůj hlad a strach z tloušťky, jak tajit svůj problém před ostatními. Dívky se navzájem podporují v hladovění (Fenomén „pro-ana blogů“ a jeho nebezpečí).

### **Nebezpečné diety**

Hlavním cílem diety je zhubnout a dosáhnout tak výrazné a rychlé redukce tělesné váhy. Pacienti dodržují striktní režim denního příjmu, anebo nekonzumují vůbec nic. Velké procento z pacientů trpících PPP je i velmi fyzicky zdatné, a proto sportují i několikrát za den. Jejich výdej je mnohem větší než denní příjem a tělo se velmi často dostává do deficitu. V horším případě pacienti kolabují a postupně jim selhávají orgány, které zajišťují základní životní funkce (Zdravotní důsledky diet a hladovění).

Nárůst nadbytečných kil a strach z tloušťky přiměje většinu mladé populace k redukční dietě. Dieta většinou spočívá ve vynechávání určitého jídla či potraviny, omezení jejich objemu a přidání nebo zvýšení fyzické aktivity. Dodržování diet u mladistvých je z hlediska růstu a vývoje nebezpečné a může dojít k podvýživě nebo k opoždění či pozastavení procesu dospívání (Krch, 2005).

### **Riziková povolání**

Poruchy příjmu potravy mohou v životě postihnout kohokoliv, ovšem existují skupiny povolání, které jsou náchylnější ke vzniku PPP. Patří mezi ně především vrcholoví sportovci nebo modelky. I když jsou poruchy příjmu potravy častější u žen, tak se nevyhýbají



ani mužské populace, ač v menším měřítku. Některé profese vyžadují přísnou sebekontrolu, co se týče stravování a udržení tělesné hmotnosti. Příkladem můžeme uvést hned několik fyzicky náročných sportů jako je balet, atletika, gymnastika, krasobruslení a další. Trenéři a pedagogové chtějí své svěřence usilovnou pílí dostat na první příčky, ovšem ne vždy je to v souladu se zdravým životním stylem. Vyžadují od svých svěřenců maximální výkony a často si neuvědomují, že enormně vysoké nároky na mladý lidský organismus v době dospívání může mít trvalé zdravotní i duševní následky (Rizikové profese pro vznik poruch příjmu potravy).

Modeling je sám o sobě nelehké řemeslo, ač se pro řadu lidí zdá býti nenáročným, tak je za tím spousta odříkání, vůle a tvrdé fyzické aktivity. Ve společnosti často panuje názor, že modeling jsou lehce vydělané peníze, ovšem kdo pracuje v modelingu je opačného názoru. Na modelky je vyvíjen konkurenční a mediální tlak. Modelky se téměř dennodenně potýkají se soutěživostí a závistí, které neodmyslitelně patří k modelingu. Většina dívek se chce stát modelkou, nebo se jim alespoň trochu vzhledově přiblížit. Touží po štíhlé postavě, dlouhých kvalitních vlasech a samozřejmě po úspěchu v této branži. Modelkám je často kritizována jejich postava, a proto mají často sklon snižovat svojí tělesnou váhu na úkor zdraví. Chtějí se zavděčit a být ve svém oboru nejlepší, proto jsou často schopné obětovat mateřství kvůli kariéře. Obava z neúspěchu se v tomto odvětví násobí dvěma, neboť v modelingu je obrovská konkurence, a většina českých modelek se chce prosadit často i v zahraničí. Paradoxem je, že pracují pro kampaně s myšlenkou prevence PPP, ale přitom samy bojují s PPP (Bosáková, 2010).

## **4 Léčba poruch příjmu potravy**

Délka a způsob léčby poruch příjmu potravy je u každého pacienta velmi individuální. Někdy se jedná o ambulantní péče, jindy je zas nutná hospitalizace pacienta. Pacient je většinou přesvědčen o tom, že je naprosto v pořádku a nepotřebuje žádnou odbornou nebo lékařskou pomoc, tudíž i samotnou léčbu odmítá. Pak je velmi obtížné navázat spolupráci s lékařem a psychologem. V tomto případě je velmi důležitá podpora a motivace ze strany rodiny a okolí a snaha pacienta a chtít se začít léčit. Podpora nemocného za jeho vlastní osobu, poskytnutí nemocnému informace týkající se jeho onemocnění je důležitou součástí během terapie. Pro postiženého je velmi těžké si přiznat, že potřebuje odbornou pomoc a přibrat několik kil, a právě tato skutečnost téměř vždy pacienta utvrdí v tom, že přibrat rozhodně nechce a tím pádem se nechce ani léčit. Mentální anorexie a mentální bulimie jsou charakterizovány jako poruchy chování, kdy se pacient dobrovolně rozhodl hladovět, proto je důležité, aby si pacient při léčbě uvědomil riziko jeho stravovacích návyků, které jsou životu nebezpečné (Poruchy příjmu potravy – léčba)

V posledních deseti letech se podstatně zvýšila nabídka zejména psychoterapeutických přístupů při léčbě PPP. Kognitivně-behaviorální přístup, psychoanalyticky orientovanou psychoterapii, interpersonální terapii, motivační terapii, rodinnou a párovou terapii, nutriční terapii, pomoc v rámci svépomocných skupin atd. jsou nejčastěji používané druhy psychoterapie, v rámci praxe mohou být spolu samozřejmě různě kombinovány (Krch, 1999).

### **4.1 Hospitalizace**

Hospitalizace je nutná v případě, že zdravotní stav pacienta je životu nebezpečný. Tento způsob léčby se tedy uplatňuje, pokud u pacientů mentální anorexie prudce klesne nebo klesá tělesná hmotnost a BMI má hodnotu nižší než 17,5. Během hospitalizace pacienti s mentální anorexií jsou povinni dodržovat pravidelné stravování, činí to zhruba 5 nebo 6 jídel denně. Při hospitalizaci jsou pacienti izolováni od domácího prostředí, které jim často chybí, proto je možnost získání tzv. víkendové propustky. Víkendovou propustku může pacient získat tím, že se navýší jeho tělesná hmotnost alespoň o 1 kg/týden a zvýšením příjmu stravy. U pacientů s mentální bulimií jsou každodenní záchvaty přejídání, vyprovokované zvracení a užívání diuretik a jiných návykových látek rovněž důvodem

k hospitalizaci. Časté deprese, sebepoškozování, sebevražedné pokusy nebo žádný posun u psychologické léčby pacienta je rovněž důvodem k léčbě ve specializovaném zařízení. Hospitalizace se provádí na příslušném oddělení, kde je pacientovi doporučen jídelníček, při němž zdravotní personál dohlíží na jeho dodržování. Během léčby pacienta pravidelně navštěvuje i psycholog. Aby pacient dostal tzv. komplexní léčbu, stráví přibližně dva až tři měsíce ve specializovaném zařízení pro léčbu PPP. Pokud jsou u pacienta zaznamenány pokroky jak po psychické, tak po té fyzické stránce, bývá propuštěn do domácí péče (Papežová, 2010).

Odborníci jsou názoru, že denní stacionář je z hlediska financí pro pacienty a jejich rodiny přijatelnější než hospitalizace. I toto léčebné zařízení pro PPP poskytuje jídelní režim, psychologickou léčbu, aniž by pacient musel být odloučen na nějakou dobu z jeho přirozeného domácího prostředí. Bohužel je u tohoto typu zařízení velmi náročné hlídat, zdali pacient v domácím prostředí stále neprovozuje špatné jídelní návyky (Papežová, 2010).

#### **4.1.1 Hospitalizace u dětí**

Zejména u dětí je hospitalizace ve většině případů opravdu jediným řešením jejich léčby PPP. Léčba ve specializovaných zařízeních je dětem do 14 let doporučována, pokud je úbytek tělesné hmotnosti více než 25 % normální tělesné hmotnosti. Marádová, říká, že hospitalizace je nutná v případě, že dětskému organismu hrozí dehydratace, jsou patrné známky oběhového systému a neustupuje zvracení nebo se k tomu připojí i zvracení krve se špatným vylučováním potravy. Hospitalizace u dětského pacienta bývá emocionálnější než u staršího pacienta. Léčba dítěte si žádá maximální podporu a oporu ze strany rodiny, respektování potřeb dítěte a také vzájemnou spolupráci s rodiči ve spojení v boji proti mentální anorexii či bulimii (Marádová, 2007).

#### **4.2 Ambulantní lékařská péče**

Primární cíl tohoto typu léčby je stabilizovat psychickou a fyzickou stránku osobnosti pacienta. Uplatňuje se především u pacientů, u kterých jiný typ léčby neměl úspěšný proces. Ambulantní péči provádí psycholog, ke kterému pravidelně dochází pacient na konzultace. Konzultace jsou buď individuálního nebo skupinového charakteru. I praktický lékař nebo internista musí být o zdravotním stavu pacienta s PPP zcela informován. Ambulantní

péče nepřekonává psychickou poruchu, ale je nápomocna v psychickém a somatickém rozpoložení pacienta (Papežová, 2010).

### **4.3 Terapeutické metody a psychoterapie**

Aktuální zdravotní stav, motivace, úroveň zralosti pacienta a vzájemná spolupráce s rodinou jsou hlavními znaky terapeutických přístupů. Zvolení vhodného terapeutického programu samozřejmě podléhá předešlým zdravotním výsledkům v léčbě a to, v jaké fázi onemocnění se právě postižený PPP nachází. Psychoterapie si žádá otevřenost a důvěru mezi psychoterapeutem a pacientem, popřípadě u léčby dětí je velmi důležitá spolupráce s rodiči. Psychoterapie jsou většinou dlouhodobého charakteru (Papežová, 2010).

**Individuální terapie** – Tento způsob terapie je založen na jednotlivých sezeních pacienta s odborníkem. Studie tvrdí, že úspěch v této terapii sklízí spíše adolescenti než pacienti, a to díky zasahování a spolupráce rodičů. (Cooper, 1995)

**Rodinná terapie** – Rodinná terapie se uplatňuje především u mladých pacientů žijící se svou rodinou. Odborníci na PPP jsou přesvědčeni, že rodinná terapie pomůže rodičům nemocného pochopit podstatu a vážnost PPP, neboť u většiny pacientů právě příčina vzniku PPP pramení z domácího prostředí. Rodinná terapie má i v některých případech příznivý vliv na zlepšení či upevnění rodinných vztahů mezi členy navzájem. (Cooper, 1995).

**Skupinová terapie** – Skupinová terapie se může aplikovat v denních stacionářích nebo ve specializovaných zařízeních pro hospitalizaci. Tento typ léčby není doporučován všem pacientům, kteří se potýkají s PPP např. bulimičky se sebevražednými sklony. Odborníci tvrdí, že pacienti se stejným problémem se mohou mezi sebou navzájem podporovat a motivovat se tak k následné léčbě PPP. Důležité je při skupinové terapii dosáhnout vědomí, že mám psychickou poruchu, která je životu nebezpečná a nejsem jediný, který ji trpí. Skupinové terapie mají úspěch i u dětí. Je důležité dbát na složení skupiny dětí, aby si byly podobné věkem, typem problému a povahou. Skupinové terapie má příznivý vliv během léčby na rozvoj komunikačních schopností dítěte, sdělování emočních prožitků, rozvoj sociálních dovedností, získávání rad a informací, vyjadřování vlastních názorů (Langmeier, Balcar, Špitz, 2010).

**Kognitivně – behaviorální terapie** - Tato metoda se uplatňuje především u mentální bulimie, kdy je pacientovi srozumitelně vysvětlena problematika PPP. Cílem této terapie je zbavit pacienta nesprávných stravovacích zvyklostí a změnit způsob jeho dosavadního přemýšlení a chování (Papežová, 2010).

**Farmakoterapie** – Farmakoterapie je druh léčby, u kterého se používají léčiva. Během farmakoterapie se u mentální anorexie používají antidepresiva, která pomáhají snižovat úzkostné a depresivní stavy. Pacienti mají během léčby častý pocit, že léčbu nezvládnou nebo že léčbu nepotřebují. Dále se používají většinou krátkodobě anxiolytika, která by měla zabránit výčtkám po konzumaci jídla. Pacienti mentální anorexie mají největší strach z tloušťky a z toho, že během léčby zaručeně přiberou hned několik kilogramů. U relevantnějších případů se aplikují i antipsychotika. U mentální bulimie během farmakoterapie se užívá především fluoxetin, zhruba 60-80 mg/den, který by měl zamezovat zvracení a přejídání. Lidem trpící mentální bulimií chybí sebemenší kontrola nad jídlem a během úzkostných stavů či stresových situací zkonzumují velké množství jídla, které by kolikrát stačilo i čtyřčlenné rodině. Odborníci se přiklánějí k užívání farmak až po upravení tělesné hmotnosti, tudíž se farmakoterapie užívá stále spíše jako přídatná léčba. Z léčeb pacientek bylo prokázáno, že farmaka mají pozitivní vliv v prevenci relapsu onemocnění (Farmakoterapie u mentální anorexie).

### **Nutriční podpora**

Hlavním úkolem nutriční podpory je poskytnout pacientovi s poruchou příjmu potravy odbornou pomoc v oblasti stravování a fyzické aktivity. Nutriční odborníci jsou v současné době velmi žádaní a jejich pomoc může vyhledat kdokoli. Nevýhodou nutričního poradenství bývá cena vyhotoveného jídelníčku na míru. To znamená, že na základě pacientovo osobních údajů, případných fyzických testů sestaví vhodný pravidelný jídelníček a doporučí množství fyzické aktivity odpovídající údajům a případné diagnóze pacienta. Jídelníček by měl být pestrý a měl by obsahovat pouze jídla nebo potraviny, které pacientovi chutnají. Pokud se pacient s poruchou příjmu potravy po doporučení nebo sám od sebe rozhodne vyhledat nutričního poradce, tak by měly být na místě časté konzultace o pacientovo aktuálním zdravotním stavu s jeho ošetřujícím lékařem nebo psychiatrem.

Nutriční podpora se využívá spíše v počátečním stádiu PPP nebo jako samotná prevence vzniku PPP (Krch, 2005).

## **5 Prevence poruch příjmu potravy**

Prevence je v jakémkoli odvětví velmi důležitá. Proto významnou roli hraje primární prevence, zaměřující se odstranění příčinných a rizikových faktorů, které by mohly způsobit vznik PPP. Je tedy určena pro osoby, u nichž se prozatím žádné příznaky PPP neobjevily. Sekundární prevenci má za cíl předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování. Terciální prevence má záměr zmírnit zdravotní nebo sociální následky již propuknuté poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010)

Vliv rodiny z hlediska biologického, sociálního a psychologického vývoje je pro dítě velmi podstatné. Dítě by mělo mít v rodině pevný stravovací režim a správné jídelní návyky. Rodina by měla trávit volný čas společně např. u společného příjemného stolování. V rodině by neměl chybět zdravý přístup k fyzické aktivitě a vést tak dítě k volnočasovým aktivitám. Rodina by měla přispět k primární prevenci PPP v předškolním věku dítěte (Fraňková, S., Dvořáková-Janů, V., 2003).

Většina odborníků se shoduje, že u některých postižených PPP mediální vliv byl spouštěcím faktorem vzniku PPP. Paradoxně by totiž média měla sloužit jako prevence ke vzniku PPP, ovšem ve většině případů je výsledek opačný. Je kladen důraz na štíhlost jako klíč k fyzické přitažlivosti, a již v útlém věku si vytváříme předsudky vůči obézním lidem (Marádová, 2007).

### **Prevence poruch příjmu potravy u dětí a mládeže**

S primární prevencí by se mělo dítě seznámit především u již zmiňované rodiny, avšak dalším vhodným a důležitým prostředím, kde by se dítě mělo setkat s pojmem prevence je školní zařízení. Podle Marádové, by škola žákům měla poskytnout dostatek informací o výskytu, příčinách i důsledcích PPP, posilovat sociální interakci a socializaci v kolektivu, směřovat žáky ke zdravým stravovacím návykům a pomáhat formovat osobnostní rozvoj a sebedůvěru každého žáka (Marádová, 2007).

## **Praktická část**

Praktická část mojí bakalářské práce je kvalitativní šetření týkající se pěti studentek, které prodělaly PPP během studia na střední škole a svěřily se mi prostřednictvím rozhovoru se svými zkušenostmi.



## **6 Charakteristika, metoda a cíl výzkumu**

V praktické části této bakalářské práce jsem se věnovala kvalitativnímu výzkumu a prostřednictvím rozhovoru a pozorování jsem zpracovala charakteristiky dívek.

Mým hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda příčiny vzniku PPP mají u jednotlivých dívek shodu či podobnost. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké byly nejčastější charakteristické znaky PPP. Druhým cílem bylo zjistit, jak probíhala léčba nebo zdali byla u respondentek vůbec nutná. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, kdo jim v období onemocnění byl největší oporou a podporou za cestou uzdravení se a také zjištění, jak se nyní respondentky cítí a zdali si myslí, že tuto psychickou poruchu překonaly. Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jestli se před onemocněním nebo v průběhu onemocnění setkali kdekoliv s nějakou prevencí ohledně PPP.

V rámci kvalitativního rozhovoru jsem použila metodu zvanou interview (rozhovor). Rozhovor se skládal z jedenácti otevřených otázek, které jsem studentkám položila, následně jsem jejich odpovědi použila jako nasbíraná data pro svoji bakalářskou práci. Získané informace prostřednictvím rozhovoru jsem zařadila do kategorií – osobní, rodinná, sociální a školní charakteristika a průběh onemocnění.

Se třemi dívkami rozhovor proběhl osobně, s ostatními respondentkami pouze písemnou formou odpovědí, neboť osobní setkání odmítly. Po uskutečnění rozhovorů jsem se pokusila na základě výpovědí respondentek zformovat charakteristiky. Na základě odpovědí na přiložené otázky jsem získala informace o jejich osobním, rodinném, školním a sociálním životě. V praktické části jsou shrnuty získané informace a celé přepisy rozhovorů s respondentkami jsou uvedeny v Příloze 1.

### **6.1 Přiložené otázky**

Vypracovala jsem otevřené otázky, kterých jsme se mohli nebo nemuseli držet při rozhovorech s pěti slečnami. Slečny, které osobní setkání odmítly, tak mohly dle svého uvážení odpovídat na vypracované viz níže přiložené otázky. Popřípadě byly respondentkám položeny ještě doplňující otázky.

1. Jaké jsou tvé základní údaje? Jméno, věk, výška, popř. váha, dosažené vzdělání a současné studium/ zaměstnání?
2. Jaké jsou tvé záliby, co ráda děláš ve volném čase?
3. Jaké bylo tvoje dětství? Dokážeš popsat tvoji rodinu – rodiče, sourozenci, vztahy mezi Vámi?
4. Dokážeš zavzpomínat, jaké jsi měla sociální vztahy na ZŠ a SŠ? Jaký byl zhruba tvůj prospěch?
5. Jak by ses charakterizovala jako typ člověka? Máš ráda přítomnost ostatních lidí?
6. Co považuješ za hlavní příčinu vzniku mentální anorexie?
7. Kdy se objevily a jakou podobu měly počáteční příznaky PPP?
8. Musela jsi podstoupit léčbu či nějaké jiné zdravotní opatření na vyléčení PPP?
9. Kdo Ti byl v době onemocnění největší podporou v cestě uzdravení se?
10. Jak se nyní cítíš a myslíš si nebo jsi přesvědčena, že si poruchu příjmu potravy překonala?
11. Setkala si se před vypuknutím samotné PPP s problematikou PPP a setkala si se v průběhu onemocnění nebo před onemocněním s prevencí ohledně PPP?

## **6.2 Výběr respondentek**

Vzhledem k tomu, že téma poruchy příjmu potravy je velmi citlivé téma, tak bylo obtížné najít respondenty, kteří se rádi podělí o své zkušenosti s PPP. Významnou roli hraje také, v jakém stádiu jsou trpící PPP, pokud tuto nemoc již překonali, tak se jim o této skutečnosti bude mluvit snadněji než těm, kteří si právě PPP prochází či je u někoho porucha příjmu potravy v raném rozvoji.

Svoje respondenty jsem hledala převážně v mém okolí a zveřejnila jsem příspěvek na sociální síti týkající se zkušenosti s mentální anorexií nebo mentální bulimií. Na tento příspěvek se mi anonymně do soukromých zpráv ozvaly dvě respondentky, které odmítli osobní setkání, proto mi svoje výpovědi zaslali v písemné podobě. Jedna z respondentek je moje dlouholetá kamarádka, která souhlasila s osobním rozhovorem. A ostatní dvě respondentky jsou známé mého bratra, které souhlasili také s osobním setkáním.

## **7 Informace získané z rozhovorů s respondentkami**

Se třemi dívkami jsem vedla polo standardizovaný rozhovor v prostředí, které jim bylo příjemné. S každou dívkou jsem se sešla individuálně, kde jsem jí pokládala připravené otázky, popřípadě jsem položila ještě otázky doplňovací. Důležitá fakta jsem si se svolením dívek zapisovala do sešitu. Dvě dívky se nemohly dostavit osobně, proto rozhovor proběhl písemnou formou odpovědí. Dívky mi poslaly dokument shrnující odpovědi na mé otázky, popřípadě jsem se dívek prostřednictvím sociálních sítí ještě na něco doptala. Tímto bych chtěla vyjádřit velké poděkování dívkám za jejich otevřenost a spolupráci.

### **První respondentka**

#### **Osobní charakteristika**

První rozhovor je věnován dívce, které je 22 let. Jmenuje se Jana. V současnosti Jana měří 172 cm a váží 70 kg. Jana vystudovala základní školu a čtyřleté gymnázium v místě bydliště. Nyní studuje třetím rokem vysokou školu v Praze Univerzity Karlovy, kde se věnuje oboru – Historické vědy na škole. V budoucnosti se chce i nadále věnovat oboru historie. Mezi její záliby patří především zdravá výživa, objevování nových zdravých receptů a jejich příprava. Má ráda hudbu a působí v pražském orchestru.

#### **Rodinná charakteristika**

Jana je prvorozené dítě. Její matka pracuje jako manager obchodní společnosti. Otec je profesionální hasič. Rodiče nejsou svoji. Dva roky žijí odděleně. Otec si našel novou přítelkyni. Otec s matkou nijak zvlášť nekomunikuje. Jana má o tři roky mladší sestru Michaelu, která studuje stavební střední školu a po ukončení SŠ se chystá na ČVUT do Prahy. Vztahy s ostatními členy v rodině jsou bezproblémové. Nemoci a metabolické poruchy ze strany rodičů nejsou známy. Pouze maminka trpí bolestmi zad a pravidelně dochází na rehabilitace. Tatínek je v dobré fyzické kondici.

#### **Školní a sociální charakteristika**

Jana udržuje stálé kontakty s bývalými spolužáky ze ZŠ i z gymnázia. Vnímá se jako citlivá bytost, která je občas naivní. Všem vždy ráda pomůže ale jak sama říká: „je to občas

pro dobrotu na žebrotu.“ Je společenská a kamarádská. Ráda se seznamuje s novými lidmi. V období, kdy trpěla mentální anorexií, byla hodně uzavřená a preferovala samotu.

### **Průběh nemoci**

„Když mi táta řekl, že mám větší zadek než máma hodinu před odletem do Egypta, tak moc mě to ranilo, že jsem hned po příletu do ČR začala cvičit. Po osmi měsících jsem měla o dvacet kg méně a anorexii. Poté jsem musela začít jíst sladkosti, abych přibrala, což mi nutila zase mamka, přičemž jsem se začala přejídat.“

Jana popisuje dětství jako bezstarostné a šťastné období jejího života. Ovšem během období puberty Jana začala více pozorovat své nedostatky na těle. Proto začala dodržovat jídelníček a přidala větší fyzickou aktivitu. „Nikdy jsem se o anorexii ani o ostatní PPP nezajímala a nikdo mě s nimi neobeznámil. Samozřejmě mi bylo známé, jak hlavně anorexie probíhá a jak vypadají ženy, které jí trpí. Nikdy by mě ale v té době nenapadlo, že bych si to jednou mohla vyzkoušet na vlastní kůži.“ Jana nikdy ve škole ani doma o prevenci PPP neslyšela a nijak zvlášť se o to nezajímala.

První příznaky popisuje Jana po čtyřměsíčním dodržování jídelníčku, kdy se bála i olíznout nůž od marmelády, jak sama uvádí. Začala mít výčitky, když nešla každý den cvičit. Byla nepřičetná, když ji mělo cokoliv překazit její denní fyzickou aktivitu.

Výdej byl o mnoho vyšší než příjem, a proto Jana ztrácela na váze velmi rychle. Při výšce 172 cm se dostala na pouhých 43 kg. Při těchto hodnotách se její maminka zhrozila a před odjezdem do Mexika s orchestrem Janu objednala k praktickému lékaři. Praktický lékař konstatoval, že pokud nepřibere několik kilogramů během týdne, tak půjde do anorektické léčebny. Její maminka se s lékařovo názorem ztotožnila natolik, že Janu doslova začala cpát sladkostmi a jinými nezdravými jídly, což odstartovalo další etapu, a to záchvatovité přejídání. V tuto dobu ji byly největší oporou kamarádky, které si procházely stejným problémem jako ona. Jana po měsících záchvatovitého přejídání začala pozorovat dermatologické problémy a častý pocit úzkostí a depresí. Proto vyhledala odbornou pomoc v podobě psychologa, který ji pomohl při stavech úzkosti a bezmoci. Díky sociálním sítím se začala zajímat o zdravé stravování a po čtyř dlouhých letech se jí povedlo obě tyto psychické poruchy porazit.

Nyní sportuje příležitostně a zajímá se o prevenci PPP, neboť jak říká ona sama, prevenci v ČR není dost a když už je, tak má spíše opačný výsledek.

Jana byla mojí první respondentkou. Bohužel se na osobní setkání nemohla dostavit, a tak mi poskytla svůj příběh s PPP písemnou formou. Jana vše důkladně popsala a na doplňovací otázky reagovala taktéž kladně. S Janou se známe zhruba pět let a jsem moc ráda, že právě ona mi přispěla svými zkušenostmi do mojí bakalářské práce.

## **Druhá respondentka**

### **Osobní charakteristika**

Druhou respondentkou byla Šárka. Šárce je 24 let. V současné době Šárka měří 166 cm a váží 50 kg. Základní školu navštěvovala v místě bydliště. Po dokončení páté třídy na ZŠ nastoupila na zdejší gymnázium. Nyní je studentkou pátého ročníku pedagogické fakulty UK oboru český jazyk. Pracuje na částečný úvazek jako učitelka druhého stupně na ZŠ v Praze. Mezi její záliby patří tanec, hudba a čas strávený po boku přítele či rodiny.

### **Rodinná charakteristika**

Šárka je prvorozené dítě. Má o tři roky mladšího bratra Petra, který studuje na VŠE. Matka vystudovala grafickou střední školu a nyní pracuje v Národní knihovně. Otec vystudoval VŠCHT a pracuje jako chemik ve farmacii. Šárky rodiče jsou stále svoji a vztahy v rodině panují velmi dobré. Nemoci nebo metabolické poruchy nejsou ze strany rodičů známy. Pouze Šárky dědeček z matčiny strany prodělal během jednoho roku už třikrát infarkt myokardu. Nyní je v domácí péči.

### **Školní a sociální charakteristika**

Šárka je spíše introvertní typ. Nevyhledává akce, kde se může potkat s novými lidmi. Preferuje posezení se svými nejbližšími přáteli. „Na základní škole jsem v kolektivu byla v jádru těch oblíbených a na gymplu nebyl kolektiv hierarchizovaný.“ Šárka se svými spolužáky neudrhuje téměř žádný bližší kontakt. V průběhu onemocnění jí byl největší oporou její současný přítel, který pro ni znamená nedílnou součást jejího života.

### **Průběh nemoci**

„Pamatuji si velmi dobře moment, který byl spouštěčem toho, že jsem přestala jíst normálně, a že se můj vztah k jídlu výrazně narušil.“

Šárka vzpomíná, že se zaměřovala na svůj vzhled už během základní školy. Svoje nedostatky viděla především ve větších stehnech a bocích, aniž by ji na to kdokoli upozornil. V této době se nijak v jídlu neomezovala. Faktem ale je, že posedlost vzhledem a neumět odhadnout míru sytosti se později ukázaly jako základními faktory pro vznik PPP.

Šárka uvádí, že na tzv. spouštěcí faktor vzniku PPP si pamatuje přesně. Bylo to v době, kdy navštěvovala druhý ročník gymnázia. „Jednou jsem v metru potkala kamarádku z dětství, která měla stejně jako já vždy silnější stehna.“, vzpomíná Šárka. V onen moment Šárka skládala v duchu obdiv této neuvěřitelné změně postavy, neboť v jejích očích svoji oplácanou postavu stejně jako kdysi její kamarádky přisuzovala genetickým předpokladům, neboť jejich maminky mají slovanský typ postavy. Záviděla především štíhlé nohy, o kterých vždy snila, „a tak byl cíl jasný – štíhlé nohy pomocí jídelníčku.“ Neváhala a zeptala se kamarádky, jak dokázala takhle zhubnout a ona jí odpověděla, že jí hodně zeleniny a ovoce.

Šárka tedy začala praktikovat základní zásady, mezi kterými například bylo –

- Nejíst po 17 hod.
- Nejíst žádné sladkosti a smažená jídla
- Nepít slazené nápoje
- Každý den cvičit

Tyto rituály bohužel nabraly špatný spád a dopadlo to tak, že Šárka jedla zásadně jen brzy ráno formou přejedení a poté celý den nekonzumovala vůbec nic. Někdy se přejedla i přes den ale to většinou pouze jednou potravinou, např. zmrzlinou. Také s oblibou připravovala a vařila jídla ostatním. Neustále měla pod kontrolou denní přijaté kalorie/kJ potravin. Šárčina váha činila 43 kg/166 cm, bylo tedy patrné, že je Šárka vyhublá a pravděpodobně trpí mentální anorexií. Její rodiče nabídli Šárce pomoc a plnou podporu, aby s mentální anorexií začala bojovat a navštívila odborné centrum zabývající se PPP Anabell Centrum navštívila spíše intuitivně než s očekáváním změny. Absolvovala jedno sezení, kde se vůbec necítila dobře a měla pocit, že „tam“ nepatří. Změna s dosavadním

způsobem stravování a chováním nepřišla tedy s návštěvou odborného centra Anabell ale až později. Na den, kdy si sama uvědomila a přiznala, že něco není v pořádku nezapomene. Bylo léto a Šárka se svým přítelem čistily podlahu, přičemž přítel Šárky vyfotil její vystouplé kosti na zádech, když se Šárka viděla na svojí fotografii, tak se doslova zhrozila se slovy: „Ale ty kosti mám jen takhle na fotce, protože jsem ohnutá, že jo? Ale přítel mi odpověděl, že takto je mám normálně.“ Od tohoto okamžiku chtěla Šárku se svojí očividnou podvágou něco začít dělat. Při načítání různých brožur, článků a knížek náhodně na sociální síti narazila na možnost stacionáře, který se měl konat na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN vždy jednou za týden. Rozhodla se tedy kontaktovat vedoucí tohoto programu a později se s paní sešla. S mladou lékařkou tedy absolvovala rozhovor, který obsahoval témata typu dětství a rodina, což v Šárce zanechalo pocitů takových, že rozhovor byl zřetelně tabulkový a formalistický, nikoliv lidský. Po rozhovoru Šárka navštívila i stacionář denní, kde jí lékařka v pokročilejším věku nastínila tamější provoz s ukázkou jídelníčku. Šárce jídelníček připomínal jídelníček pionýrského tábora (pro příklad – snídaně – jogurt s rohlíkem, svačina 1, oběd, svačina 2, večeře), proto si byla jistá, že touto cestou se ubírat nechce. „Korunovala to situace, kdy za toutéž lékařkou z denního stacionáře přišla dívka, vegetariánka, na první pohled v psychické nepohodě, které lékařka oznámila, že musí jíst maso, jinak se nevyлéčí. Dívka tedy odešla. Odcházela jsem s ní a celou rozechvělou jsem ji utěšovala, že toto není jediná cesta. Krátkou cestou na tramvaj jsem se dozvěděla o jejích životních strastech, a po rozloučení ucítila tíhu toho, že lékaři, znalí psychologie, nejsou s to, odhadnout rozpoložení člověka, a ještě mu přitíží.“

Šárka začala hledat cestu za uzdravení v alternativních možnostech, přičemž se dostala až k ajuvérdskému učiteli. Ten ji zpracoval list o vhodných potravinách a správném načasování jídel. Začala se tímto listem řídit a pomalu se její vztah k jídlu zlepšoval. Popisuje nalezení celkového zklidnění a bilance. Nyní sportuje s přítelem příležitostně a maximálně kolem 30 minut, protože nemá ráda, když ji sport vyčerpává. Její aktuální váha se nyní pohybuje kolem 52 kg a je spokojená.

### **Třetí respondentka**

#### **Osobní charakteristika**

Třetí slečnou je Denisa. Je jí 19 let. Nyní měří 160 cm a váží 45 kg. Základní školu absolvovala v místě bydliště. Po ZŠ přestoupila na soukromou střední školu, kam musela dojíždět. Nyní pracuje jako úřednice, ale pozici vnímá jako dočasnou a chce se věnovat nutričnímu poradenství. Navštěvuje různé přednášky o zdravém stravování a má v plánu absolvovat školení nutričního poradenství a získat tak certifikát nutričního specialisty. Baví jí běhání a kutilství na zahrádce.

### **Rodinná charakteristika**

Denisa je prvorozené dítě. Má o šest let mladší sestru Natálii. Natálie navštěvuje ještě základní školu a s Denisou mají pěkný vztah. I přesto, že její sestra nyní prochází pubertou, tak se jí Denisa snaží vždy pomoci. Rodiče se často hádají, a tak zde nemůžeme moc mluvit o domácí pohodě. Matka pracuje jako zdravotní sestra a otec jako ředitel firmy, tím pádem jsou velmi časově vytížení. Rodina spolu celkově tráví velmi málo času. Pro otce je práce prioritou, neboť firmu převzal po svém otci na jeho žádost. Nemoci a metabolické poruchy nejsou ze strany rodičů a prarodičů známy.

### **Školní a sociální charakteristika**

Denisa se považuje za introvertního člověka. Nikdy neměla moc kamarádů a spíše si svoje problémy nechávala pro sebe. Má jednu nejlepší kamarádku Sašu už ze základní školy, s kterou tráví poměrně dost volného času. Sama společnost moc nevyhledává, protože má problém s navázáním sociálních interakcí a tím pádem i navázání nějakého bližšího kontaktu či vztahu.

### **Průběh nemoci**

Denisa se od útlého dětství věnovala baletu. Tudíž nároky na vzhled a dodržování striktního jídelníčku ji byly vštěpovány už od mala. Kolem třináctého roku začala balet provozovat závodně nikoliv rekreačně. Účastnila se mnoho soustředění a školení na téma profesionální balet. „Balet a vše s ním společné mi vlezlo do hlavy natolik, až mě to úplně pohltilo“, vzpomíná Denisa.

Svou lásku k baletu projevovala maximální pílí a vůlí v omezování se v jídle a velmi fyzicky náročných trénincích. Trénink baletu trval zhruba hodinu a půl každý den, po příjezdu domů ještě většinou chodívala běhat po večeri, aby vyběhala přebytečné kalorie a nebyla



na následující trénink „těžká“. Jídlo se pro ni stávalo čím dál větším nepřítelem, a tak přestala jíst téměř vše. Každý den vypadal zhruba takto: „Ráno jsem vypila malou kávu bez mléka a cukru a dvě sklenice čisté vody bez snídaně, dopoledne jsem snědla dvě jablka a jeden plátek šunky a oběd jsem většinou nestíhala kvůli dojíždění na trénink. K večeři jsem si vzala bílý nízkotučný jogurt a šla jsem cca na dvě hodiny běhat.“ Den za dnem probíhal stejně a Denisa se každým dnem cítila slabší a slabší. Tento neadekvátní režim dodržovala zhruba pět měsíců. Denisy časté nevolnosti a malátnosti si všímala především trenérka na baletu, která Denise pohrozila, že jestli nepřibere pár kilo navíc a nezesílí, tak se s ní bude muset rozloučit. Ač tohle byla pro Denisu do jisté míry motivace, tak posedlost za extrémní štíhlostí byla silnější než ona sama. V této době vážila pouhých 39 kg na výšku 160 cm. Rodiče se začali více zajímat o to, jak se Denisa stravuje. Denisa jídlo většinou schovávala nebo vyzvracela.

Denisa věděla, že její posedlost a honba za zdravější a krásnější postavou není normální, a tak sama sobě a mamince slíbila, že se zase pokusí normálně jíst. Denisa se snažila zařadit do svého jídelníčku alespoň tři malé porce jídel, ale po konzumaci nastaly nekonečné výčitky a Denisa veškeré jídlo vyzvracela. Potajmu cvičila v noci, aby ji rodiče neviděli. Vyvrcholilo to tím, že Denise začaly padat vlasy, byl pozastaven menstruační cyklus a vše co Denisa snědla, tak vyzvracela. Samotná Denisa si začala vyhledávat odbornou pomoc na internetu. Narazila na odborné centrum Anabell, ale nenašla v sobě sílu se na domluvené setkání dostavit. Denisa pořád zkoušela svépomoc. „Přeci musí existovat cesta, jak si pomoci sama, nejsem žádný béčko.“ Maminka se slzami v očích už nechtěla přehlížet, jak se jí dcera doslova ztrácí před očima, vzala tedy situaci pevně do svých rukou a přivedla Denisu do nemocnice. Denisa se celou cestu cukala a slibovala, že začne normálně jíst, ale jen když bude doma. Maminka věděla, že v tomhle své dceři už bohužel nemůže věřit, a tak pokračovala v cestě. Dorazili do nemocnice, kde Denise a mamince nabídli pobyt v ozdravovně v Hradci Králové. Mamince se to zdálo ideální řešení, neboť dcera změni prostředí, načerpá sílu a energii a budou se jí tam věnovat odborníci. Denisa se svou maminkou ne zcela souhlasila ale přistoupila na daný návrh. Hned následující den ji maminka odvezla do ozdravovny, kde Denisa měla strávit pět týdnů. První týden Denisa

v ozdravovně proklínala a vymýšlela cokoliv, jen aby zase byla doma. Byla nesvá v jiném prostředí, kde musela sdílet pokoj s dvěma ostatními slečnami, které trpěli rovněž mentální anorexií. Dívky se snažili popsat, jak to v ozdravovně probíhá. „Říkali mi, že se to dá přežít.“ Denisa měla hodně času na přemýšlení. Po pěti týdnech si maminka Denisu odvezla. Vypadala zdravěji a spokojeněji. Lékařka mamince sdělila dceřina aktuální zdravotní stav a také příbytek čtyř kilogramů na váze.

Po příjezdu domů se Denisa těšila na své spolužáky a na balet. Několik týdnů chodila na pravidelné kontroly a „vážení“ ke svému praktickému lékaři. Nyní se Denisa věnuje baletu rekreačně a váží 45 kg. „Není to moc ale věřím, že jednou ty démony z hlavy vyženu úplně a dám si dort bez jediné výčítky, protože už teď je skvělé, že mi jídlo dává pocit radosti.“

Denisa se s prevencí na téma PPP nesetkala doma ani ve škole. Díky samostudiu věděla pouze základní rysy o mentální anorexii a bulimii.

S Denisou jsem vedla rozhovor, který byl třetí v pořadí. Sešli jsme se v její oblíbené kavárně. Bylo to velmi emocionální setkání, neboť léčba ve specializovaném zařízení byla pro Denisa psychicky dost náročná. V současnosti je ovšem ráda za tuto zkušenost. Denise jsem nemusela pokládat doplňující otázky, neboť se sama pustila do vypravování jejího příběhu se zákeřnou psychickou nemocí.

Šárka se během školních let nikdy s prevencí PPP nesetkala. Měla pouze hrubou představu, co vlastně PPP znamenají.

Druhý rozhovor jsem dělala s nejstarší slečnou ze všech dotazovaných. Rozhovor trval zhruba hodinu a půl v parku, kam Šárka ráda chodí se svým přítelem na procházky. Šárka na mě působila vyrovnaně a spokojeně. Je přesvědčená, že mentální anorexii jednou provždy porazila a nehodlá ji už nikdy ustoupit.

#### **Čtvrtá respondentka**

##### **Osobní charakteristika**

Čtvrtou slečnou je Sabina. Sabině je 22 let. Nyní měří 162 cm a váží 70 kg. Základní školu a gymnázium vystudovala ve městě vzdáleném od jejího bydliště cca 10 km. Nyní studuje třetí ročník pedagogické fakulty UK – obor – Biologie. Přivydělává si jako asistentka

pedagoga na základní škole v Praze. Miluje děti a učitelství. Už od mala toužila být učitelka nebo herečka. Prý se jí splní oboje, až bude na plný úvazek učit. Ráda sportuje, tráví čas s rodinou a domácími zvířaty.

### **Rodinná charakteristika**

Sabina je jako prvorozené dítě. Má o dva a půl roku mladšího bratra Patrika. Patrik vystudoval střední zemědělskou školu a nyní už pracuje. S bratrem má velmi pěkný a láskyplný vztah. Může se o něj kdykoliv opřít a vždy u něj najde pochopení a podporu. Matka je vyučená švadlena a pracuje v místě bydliště v malém podniku, kde šijí na zakázky. Otec pracuje jako elektrotechnik v nejmenované české firmě. Rodiče Sabiny jsou stále svoji a mají pěkný vztah. S ostatními členy rodiny se pravidelně stýkají a vždy se na sebe vzájemně těší. Nemoci a metabolické poruchy jsou známy pouze ze strany prarodičů, kteří trpí diabetes prvního typu a hypofunkcí štítné žlázy.

### **Školní a sociální charakteristika**

Sabina je velmi bezprostřední a společenský člověk. Vyhledává společnost a je ráda středem pozornosti. Miluje humor a spontánnost. S bývalými spolužáky ze základní školy udržuje bližší kontakt a dodnes jsou přátelé. „Na gymnáziu nebyl zdaleka tak skvělý kolektiv jako na základce, možná je to i proto, že jsem právě na gymplu prožívala svoje nejtěžší období vůbec.“ Během průběhu onemocnění byla Sabina velmi uzavřená a samotářská, což byl protiklad její povahy.

### **Průběh nemoci**

Sabina popisuje dětství a dospívání jako nejkrásnější etapu svého života. Jídlo a příležitostní sportování ji přinášelo radost, tudíž by ji ani ve snu nenapadlo, že se právě ona bude někdy v budoucnosti potýkat s mentální anorexií. Trávila hodně času se svojí sestřenicí a přáteli na základní škole. Vzpomíná, jak byla téměř celé prázdniny u svých prarodičích na vesnici, kam dodnes velmi ráda jezdí. Věnovala se rekreačně aerobiku.

Na konci deváté třídy se jejímu tatínkovi stal vážný úraz, který vnímá jako jeden ze spouštěcích faktorů PPP. Tato životní událost ji velmi ranila. Ten rok se o prázdninách konala soutěž krásy ve zdejších městě, kde Sabina studovala ZŠ a po prázdninách se chystala na gymnázium. Do soutěže krásy ji přihlásili trenéři z aerobiku. Sabina souhlasila a umístila

se na krásném druhém místě. Nabyla trochu sebevědomí, ale začala si poprvé v životě uvědomovat její tělesné nedostatky. „Byla jsem štíhlá ale na první místo to nestačilo.“ Po prázdninách nastoupila na zdejší gymnázium, kde neměla nikoho. Zhruba měsíc usínala s pláčem, jak moc jsou její spolužáci odlišní a jak jim nerozumí. Chyběla jí její parta na základní škole, a proto hledala útěchu jinde. Našla ji ve sportu. Začala se věnovat aerobiku závodně. „Pamatuji si ten zlom, když jsem se vrátila z podzimního soustředění a chtěla zhubnout a být nejlepší v aerobiku.“

Motivace byla tak silná, že Sabina ze dne na den změnila svůj dosavadní jídelníček a začala cvičit každý den. Jedla převážně suchary a zeleninu, později paradoxně přešla na pečivo s plátkovým sýrem a zeleninou. A i když pečivo obsahuje mouku a dost sacharidů, tak pro Sabinu toto bylo jediné přijatelné jídlo, které ji zasytí a zároveň po něm nepřibere. A právě tato kombinace jídel se stala její oblíbenou na další dva roky jejího života. „Přísahám, že jsem si za celé dva roky nedala do pusy ani drobeček něčeho jiného. Byla jsem si jistá, že když přidám jedinou potravinu navíc, mohla bych ztloustnout, a to jsem si tehdy nemohla dovolit.“ Napříč tomu velmi ráda připravovala a vařila jídla všem ostatním ale sama ani nikdy neochutnala. Cvičila i hodiny denně za účelem štíhlejší postavy a kvůli lepším výkonům. V aerobiku se zlepšovala, měla více síly a energie, to ovšem přisuzovala její nynější stravě a přehnané fyzické aktivitě. Sabině přestávala stačit denní fyzická aktivita, a tak začala cvičit v noci. „Něco v hlavě mi říkalo, že dokud neudělám 1 000 sedů-lehů, tak se stane něco zlého.“ Vyčerpaná usnula kolem jedenácté večer a v půl páté už zase fungovala. Než šla do školy, tak běhávala denně kolem 18 km. Přes den měla většinou trénink a v noci posilovala do vysílení. Měla i zvláštní rituály, mezi kterými například bylo – dřepování u čištění zubů, klepání nohou u konzumace jídla a co nejvíce nachozených kroků během dne. „Při čekání na autobus jsem nestála v klidu ani minutu, musela jsem pořád chodit a hýbat se.“ Během dvou let se dostala na váhu pouhých 40 kg při výšce 162 cm. V hlavě měla jen čísla udávající kalorie potravin nebo ušlých či uběhnutých kilometrů. I když byla nemocná či měl někdo z rodiny narozeniny či svátek nebo byly Vánoce, tak byla vždy na prvním místě každý den v roce posilovna.

„Nikdy nezapomenu na ten den, kdy jsem nemohla ani vstát z postele, jak moc jsem byla slabá.“ Sabina onemocněla chřipkou a díky celkové slabosti a malátnosti ji maminka

odvezla téměř v náruči k praktické lékařce. Ta se už ve dveřích zhrozila při pohledu na vyhublou Sabinu. Okamžitě ji zvažila a chtěla poslat do anorektické léčebny. Sabina s maminkou nesouhlasili a trvali na tom, že to zvládnou samy. Lékařka souhlasila s tím, že se ji Sabina bude pravidelně hlásit u ní v ordinaci, a že ji bude vážit. Další návštěva u praktické lékařky spočívala v tom, že si Sabina musela stoupnou zcela nahá na váhu. Vzpomíná, že si dokonce musela sundat i náušnice. Když po týdnu váha ukazovala o dvě kila více, tak ji lékařka nevěřila a tvrdila, že musela těsně před vážením vypít tři litry vody. V ten moment přestala spolupráce s praktickou lékařkou a Sabina se rozhodla, že mentální anorexii porazí sama. Začala tedy jíst jídla, která dlouhé dva roky jíst odmítala. Méně sportovala a našla si nového přítele. Během půl roku přibrala zhruba pět kilogramů a její vztahy v rodině se velmi zlepšily. Uvědomila si, že i pro rodiče to bylo zřejmě velmi náročné období, ovšem mrzí ji, že tehdy mentální anorexii nerozpoznali dříve. Bohužel po dvou letech Sabinu zasáhla další velmi nečekaná informace a to, že trpí hypofunkcí štítné žlázy. Tehdy přibrala 20 kg na váze, které se ji teď daří úspěšně shodit. Ale to je už zase jiný příběh. Sabina se nikdy nesetkala s prevencí na téma PPP. Nikdy by ji proto ani nenapadlo, že zrovna ona se bude potýkat s mentální anorexií.

Se Sabinou jsem se setkala jako se čtvrtou respondentkou. Mluvila převážně sama, občas jsem musela položit doplňující otázku. Bylo na první pohled vidět, že se s problematikou optimální tělesné váhy potýká již od svých 15 let a stále hledá tu správnou rovnováhu. Nyní se cítí spokojeně. Přiznala se mi, že je vděčná za všechny tyto události v jejím životě, neboť z ní udělaly silnějšího člověka, než byla doposud.

### **Pátá respondentka**

#### **Osobní charakteristika**

Pátou slečnou je Tereza. Tereze je 20 let. Nyní váží 55 kg při výšce 165 cm. Tereza studovala základní školu v místě bydliště. Poté přestoupila na střední hotelovou školu do jiného města. Jejím novým přestupným bydlištěm přes týden se stal tedy internát. Nyní pracuje jako recepční v hotelu. Má ráda stolování, dobré jídlo a cestování.

#### **Rodinná charakteristika**

Tereza je druhorozená. Má o pět staršího bratra Martina a o rok mladší sestru Dianu. Se sestrou má velmi hezký vztah a s bratrem vztah neutrální. Martin pracuje jako řidič kamionu, tím pádem se moc nevidají. Sestra studuje střední zdravotnickou školu a chystá se na Vysokou školu zdravotnickou do Prahy. Matka pracuje v cestovní kanceláři. Otec se živí jako vedoucí malého strojírenského podniku. Rodiče jsou nadále svoji a mají celkem pěkný vztah. V rodině nejsou známy žádné vážné nemoci či jiné metabolické poruchy. Babička

z matčiny strany trpí osteoporózou.

### **Školní a sociální anamnéza**

Tereza je flegmatik. „Nechám všemu času, ono všechno vždycky nějak dopadne.“ Na základní škole nebyla v jádru těch oblíbených. Zdržovala se většinou v ústraní se svojí nejlepší kamarádkou Alžbětou. S Alžbětou udržuje kontakt přes sociální sítě, s ostatními spolužáky vůbec. S bývalými spolužáky z hotelové školy se nadále stýká. Ráda vzpomíná na třídní kolektiv právě na hotelové škole. Má ráda festivaly a jiné hudební akce. Ráda poznává nové lidi a hledá v nich inspiraci.

### **Průběh nemoci**

Tereza vzpomíná na dětství jako bezstarostné období jejího života. Od svých šesti let se věnovala atletice. Na atletiku ji přihlásila maminka, neboť sama kdysi v atletice neuspěla, chtěla úspěch alespoň u dcery. Tereza se věnovala atletice spíše proto, aby maminka měla radost, že se věnuje alespoň nějakému sporu a netráví volný čas pouze u počítače a doma. Atletiku dělala rekreačně, což mamince po nějaké době nestačilo. Proto se domluvila s trenérkou Terezy, aby ji začala nominovat na různé soutěže, a ač se do toho Tereze moc nechtělo, tak okusila pocit závodníka před startovní čarou. Soutěže ji ze začátku bavily, a dokonce si z jedné krajské soutěže přivezla svojí první stříbrnou medaili. Maminka byla šťastná, že se dceři daří a neustále ji vedla k lepším a lepším výkonům. Kompenzovala si tak svůj neúspěch z dětství.

Každý den trávila na sportovním stadionu, kde běhala kolem deseti kol. Jedno kolo mělo rozměr zhruba 800 m. Poté ještě většinou následoval dvouhodinový trénink atletiky. Maminka hlídala dceři, jak tréninkový plán, tak i stravovací. Plánovala program na celý den

a doslova se v něm vyžívala. Terezu to po půl roce začalo obtěžovat, a chtěla s atletikou skoncovat. Maminku toto rozhodnutí trápilo, ale sama viděla na dceři nezájem, a tak ustoupila ze svých požadavků, mít z dcery světovou atletickou závodnici.

Tereza přestoupila po prázdninách na střední hotelovou školu. Nikdy nebyla od domova tak daleko. První týden proběhl celkem dobře, Tereza se zaklimatizovala a spřátelila se se svými spolubydlícími. Po příjezdu domů v pátek byla plná dojmů z nového prostředí a jiné školy. Toto ovšem nemělo dlouhé trvání. Přestup z místa bydliště se pro Terezu začínal měnit v noční můru. Tereza proklínala každý nedělní večer, kdy musela opustit domov a jet přes 80 km vlakem na internát. „Spolubydlící věčně nebyli na pokoji, vychovatelka nás moc nehlídala a holky mohli trajdat až do půlnoci venku.“ Tereza ve škole prospívala se slušným prospěchem, učivo ji bavilo a učila se ráda. Ovšem hledala nějakou činnost, aby vyplnila zbytek volného dne. Začala se více zajímat o zdravý životní styl a fitness závodnice. Tereza obdivovala jejich svalnatá těla a úspěch na fitness soutěžích. Vyhledala si tedy trenéra a začala v místní posilovně cvičit pod vedením odborníka. Nechala si sestavit jídelníček na redukci váhy. Pilně cvičila a dodržovala jídelníček od odborníka. Začala si sama víc a víc přidávat fyzické aktivity a ubírat jídlo ze svého jídelníčku na míru. „Trenérovi jsem řekla, že už to zvládnou sama.“ Tereza začala být posedlá zdravým životním stylem. Denně cvičila několik hodin, nejedla téměř nic a hubla a hubla. V této době vážila pouhých 45 kg na 165 cm. Rodiče vyhublost přisuzovala k adaptaci novému prostředí. Pouze Terezy sestra se začala více zajímat, co se se sestrou děje. Diana, sestra Terezy, zaznamenávala čím dál více špatných nálad Terezy. Tereza ji odsekávala a často s ní nepromluvila ani slovo za celý den. Diana svou sestru přestávala poznávat a chtěla ji pomoci. Vyhledala proto odbornou pomoc na internetu, ovšem Tereza nesouhlasila. „Chceš ze mě udělat jen blázna! Já jsem ale v pořádku!“ Tereza odmítala názor, že by trpěla mentální anorexií. Vše, co dělala ji přišlo naprosto správné.

Když měli doma nedělní oběd, tak vždy stolovali společně. Tereza se však v období její nemoci stranila a jedla většinou v ústraní, nejčastěji v dětském pokoji. Jídlo většinou dávala jejich pejskovi Maxovi nebo ho vyhazovala do koše. Když Tereza musela stolovat s celou rodinou u jednoho stolu, tak používala papírové kapesníčky, do kterých dávala rozkousaná sousta a pak je vyhodila do koše. Uměla výborně předvádět, jak moc ji jídlo chutná, a přitom

nesníst ani drobeček. Rodiče byli v problematice PPP laici, a tak ani nemohli rozpoznat, že jejich dcera má typické příznaky mentální anorexie. Tereza ráda chystala a připravovala tučné a sladké pokrmy pro ostatní. Sama však své pokrmy nejedla. Její jídelníček tvořil především pitný režim neperlivé vody, zhruba 3 l denně a zelená zelenina se sýrem Cottage. Tereza trpěla poruchou spánku.

Unavenosti a malátnosti si všímala několik měsíců její třídní učitelka, která si pozvala Terezy rodiče do kabinetu. S rodiči ovšem moc nepochodila, a tak se sama rozhodla nabídnout Tereze pomoc. S Terezou si po vyučování promluvila a nabídla ji ambulantní péči u své známé lékařky a odbornice na PPP. Tereza v této době již věděla, že takové tempo už dlouho její tělo nevydrží a souhlasila s návrhem. Rodičům to Tereza oznámila ještě v ten den a moc nadšení nebyli. „Řekli mi, že když mi to pomůže, tak proč ne.“ Tereza tedy začala pravidelně docházet na kontrolní prohlídky, kde ji vážili a sestavili jídelníček s doporučenou denní fyzickou aktivitou. Terezy třídní učitelka měla radost z Terezy rozhodnutí pro léčbu a přimělo ji to dokonce uspořádat prevenci pro celou školu na téma poruchy příjmu potravy kolem nás.

Poté se Tereza rozhodla absolvovat ještě skupinové terapie, kde si našla nové přátele, kteří si procházeli stejným problémem jako ona. Věděla, že mentální anorexií netrpí sama a že je cesta zpět. Celý tento léčebný proces trval zhruba 6 měsíců. Nyní už Tereza odbornou péči nepotřebuje. K jídlu si opět našla zdravý a vyvážený vztah a začala se svým novým přítelem cestovat. Loni o Vánocích navštívili New York a o velkých letních prázdninách se chystají na celý měsíc do Vietnamu. „Cestování mě nabíjí a zároveň uklidňuje.“

Tereza se v sedmém ročníku na základní škole setkala s prevencí na téma PPP.

S Terezou jsem se setkala jako s poslední slečnou. Setkali jsme se u ní doma. Bylo znát, že Terezy příběh je pro ni pořád velmi čerstvé téma. Musela jsem se hodně doptávat, abych se dozvěděla více.

## **7.1 Shrnutí a porovnání průběhu onemocnění u respondentek**

V první řadě bych tímto chtěla poděkovat slečnám, které se podělily o své zkušenosti s mentální anorexií. Při čtení příběhů onemocnění u dívek můžeme sami vidět, jak nelehké je mentální anorexii či jinou poruchu příjmu potravy odhalit a jak těžké je si přiznat, že jsme



nemocní. Při kvalitativním výzkumu mě nejvíce zajímaly příčiny vzniku PPP a jejich případná léčba. Dále to, jestli si respondentky pamatují, jaké byly reakce rodičů či učitelů a okolí na psychickou poruchu. Přiložených otázek jsme se mohli a nemuseli držet, za účelem zpracovat jednotlivé charakteristiky a průběh nemoci.

V případě Jany stála za vznik a rozvoj mentální anorexie jedna kritická poznámka od otce. Ač to Janin otec nemyslel určitě zle, tak v Janě to vyvolalo značný nepokoj a začala si více všímat svých nedostatků na těle. Z rodinné charakteristiky si můžeme všimnout, že její rodiče nemají nejideálnější vztah mezi sebou, proto i rozchod rodičů mohl Janě přispět k rozvoji mentální anorexie. Jana největší podporu našla u slečen, které také trpěli mentální anorexií. Denně si s nimi psala přes sociální sítě, kde se podporovali v léčbě mentální anorexie svépomocí. Jana je přesvědčená, že mentální anorexií překonala.

Pokud budeme mluvit o příběhu Šárky, tak je zřejmé, kde nastal zlom v dosavadním stravování. Při pohledu na její štíhlou kamarádku ze základní školy se Šárka rozhodla, že chce také zhubnout. Když Šárka zjistila, že její kamarádka shodila několik kg přidáním ovoce a zeleniny do svého jídelníčku, tak neváhala a sestavila si několik pravidel pro rychlé a účinné zhubnutí. Mentální anorexií zkusila vyléčit několika možnými způsoby, avšak současný přítel a návštěvy ajuvérdského léčitele byly těmi neúspěšnějšími. Je si téměř jistá, že už je z mentální anorexie dostatečně vyléčena.

Průběh onemocnění byl u Denisy asi nejdramatičtější, neboť musela být hospitalizována. Nesdělila mi přesnou příčinu vzniku mentální anorexie, ale nejvíce k tomu přispělo, především náročné tempo na baletu. Jako jediná z účastnic trpěla částečně i mentální bulimií. Bohužel není ještě zcela přesvědčena o úplném vyléčení z mentální anorexie, ale věří, že jednou nastane zlom a bude moci mluvit o úplném uzdravení. Maminka ji byla při léčbě vekou oporou.

U Sabiny bylo zlomovým rozhodnutím, když se vrátila ze sportovního soustředění a chtěla se věnovat závodně sportovnímu aerobiku. Dále pak úraz tatínka a druhé umístění na soutěži krásy. U tohoto případu můžeme vidět hned několik případných příčin vzniku poruchy příjmu potravy. V tu dobu jí byl asi největší oporou bývalý přítel. Sabina mentální anorexií zvládla vyléčit svépomocí, avšak je důležité si uvědomit, že si kolikrát i svépomocí můžeme

ještě více ublížit. Je přesvědčena, že nad mentální anorexií zvítězila. Sabina se nyní léčí s hypofunkcí štítné žlázy a pevně doufá a věří, že už brzy budu zase mít optimální zdravou tělesnou váhu.

V případě Terezy se jedná především o ambicióznost její maminky. Vysoké nároky maminky a přestěhování se na internát byly nejspíše příčinami vzniku mentální anorexie. Největší oporou v léčbě byla její třídní učitelka, která využila zkušenosti s PPP a aplikovala ji později na přednášce o prevenci PPP pro celou střední školu. Tereza je přesvědčená, že mentální anorexiu překonala díky skupinové terapii. Nyní se snaží pomáhat i ostatním slečnám trpícím PPP prostřednictvím svého blogu na internetu.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda příčiny vzniku PPP mají u jednotlivých dívek shodu či podobnost.

Vyhodnocením otázek bylo zjištěno, že podobnost příčiny vzniku PPP byla pouze u respondentek Šárky a Sabiny. Obě od jistého momentu toužily po štíhlejším těle. U Sabiny to bylo po návratu ze sportovního soustředění, u Šárky zase při pohledu na svojí štíhlejší kamarádku. U Denisy je to o něco komplikované, neboť tam přesná příčina vzniku PPP není známá. Janě stačila pouhá kritická poznámka od svého otce, která způsobila vznik a rozvoj mentální anorexie. A u poslední respondentky Terezy bylo zjištěno, že příčina její PPP byla především kvůli přechodnému bydlišti na internát. Jako počáteční spouštěcí mechanismus vnímá Tereza ambicióznost její maminky od útlého dětství.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké byly nejčastější charakteristické znaky PPP.

Z výsledků je patrné, že výsledky u tohoto cíle jsou si velmi podobné u všech respondentek. Všechny respondentky dodržovaly velmi striktní jídelníček. Nejedly smažená, sladká a ani tučná jídla. Sabina, Denisa a Tereza provozovaly sport závodně. Mluví o něm, jako o jednom z faktorů, který způsobil vznik a rozvoj PPP. Jana cvičila především v posilovně a sport byl také nedílnou součástí každého jejího dne. Šárka sportovala rekreačně a žádnému konkrétnímu sportu se nevěnovala.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak probíhala léčba nebo zdali byla u respondentek vůbec nutná.

Podobnost týkající se léčby u PPP jsem mezi respondentkami nenašla. Na základě vyhodnocení jsem dospěla k závěru, že jediné Sabině se povedlo vyléčit mentální anorexii svépomocí. Jana navštívila párkrát psychologa a absolvovala dvě prohlídky u praktického lékaře. U Šárky měl velkou zásluhu na uzdravení se ajurvédský léčitel, kterého Šárka pravidelně po dobu jednoho měsíce navštěvovala. Je ale nutné říci, že Šárka vyzkoušela více možností léčby, které ovšem nebyly úspěšné. Tereza se začala léčit nejprve ambulantně, docházela tedy pravidelně k odbornici na PPP. Poté začala navštěvovat po dobu 6 měsíců skupinové terapie, které Tereza nejvíce pomohly k vyléčení mentální anorexie. Denisa jako jediná z respondentek absolvovala hospitalizaci v ozdravovně v HK. Po pěti týdnech v ozdravovně docházela pravidelně k praktické lékařce v místě jejího bydliště.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, kdo jim v období onemocnění byl největší podporou za cestou uzdravení se.

Z výsledků je patrné, že Sabině a Šárce byl velkou podporou přítel. Jana za největší podporu považuje kamarádky, které v době jejího onemocnění také trpěly mentální anorexií. O svých příbězích si psali na sociálních sítích, kde se vzájemně podporovali a motivovali. Tereza považuje za svojí největší podporu v léčbě PPP svojí třídní učitelku, která si všímala, že s Terezou nebylo v poslední době něco v pořádku, a proto ji nabídla kontakt na odbornici na PPP. Denisa za svojí největší podporu při léčbě PPP považuje především svoji maminku, které ji jako jediná přijmula, aby se začala léčit.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, jak se nyní respondentky cítí a zdali si myslí, že poruchu příjmu potravy již zcela překonaly.

Vyhodnocením otázek bylo zjištěno, že čtyři respondentky se shodují, že etapa mentální anorexie je pro ně už dávno uzavřenou kapitolou a jsou přesvědčené, že jsou zcela vyléčené a že mentální anorexie ani jiná PPP je v budoucnu nemůže ohrozit. Zbývajícím respondentkou je Denisa, která se i nadále snaží najít rovnováhu ve stravování. Myslí si, že nad mentální anorexií nemá ještě úplně vyhráno.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jestli se před onemocněním nebo v průběhu onemocnění setkali kdekoli s nějakou prevencí ohledně PPP.

Z výsledků je patrné, že čtyři respondentky se s prevencí na PPP nesetkaly ve svém životě vůbec. Pouze Tereza se zmiňuje o prevenci PPP na základní škole.

Je tedy patrné, že problematika PPP je velmi komplikovaná. Příčiny vzniku PPP jsou u každého jedince velmi individuální, a proto je i případná léčba rozdílná. U některých případů je nutná hospitalizace, u jiných stačí ambulantní péče nebo svépomoc.

## **7.2 Doporučení plynoucí z bakalářské práce**

Stravovací návyky získáváme od svých rodičů v raném dětství. Z výpovědí respondentek je prokazatelné, že se nesetkaly doma s prevencí PPP, proto většinou rodiče respondentek byly velmi překvapeni, když se u její dcery objevila PPP.

Vzhledem k neinformovanosti je větší pravděpodobnost, že příznaky PPP propuknou v samotnou poruchu příjmu potravy. Co se týká fyzické aktivity, tak je důležitou součástí vyváženého zdravotního stylu, ovšem měla by být vykonávána přiměřeně a dobrovolně.

Je patrné, že v období dospívání se ženská postava mění, a proto je důležité k tomu tak přistupovat a vyhýbat se narážkám na postavu. Každá dívka je jinak citlivá a jediná poznámka urážející postavu by mohla v dívce vyvolat pocit méněcennosti.

## **Závěr**

Moje bakalářská práce by měla posloužit především jako prevence problematiky PPP, a také přispět k větší informovanosti populace o poruchách příjmu potravy. V teoretické části bakalářské práce jsme se mohli dozvědět něco z historie PPP a základní vymezení PPP. Nadále jsem se věnovala několika možným vznikům příčin PPP a jejich případné léčbě. U léčby je hned několik možností a mohli jsme se dočíst, že každému vyhovuje jiný typ léčby. Vzhledem k tomu, že studuji pedagogickou fakultu a učitelství se chci v budoucnu věnovat, tak jsem přispěla i články týkající se dětí. Můžeme se v mé bakalářské práci dočíst charakteristiku a projevy mentální anorexie a mentální bulimie u dětí a případnou léčbu u dětí.

V praktické části jsem se věnovala kvalitativnímu výzkumu PPP. Na základě rozhovoru s pěti slečnami, které prodělali PPP, jsem zpracovala dle jejich výpovědí a odpovědí na mé položené otázky charakteristiky. U některých rozhovorů jsem položila i otázky doplňující. U každé slečny byl průběh onemocnění velmi individuální. Někdo se s PPP poradí sám, u někoho jiného je nutná nebo doporučená hospitalizace nebo ambulantní léčba. Následky a důsledky onemocnění psychickou poruchou nejsou vždy pozitivní, proto je velmi důležitá podpora od někoho blízkého. Ze své zkušenosti s PPP vím, jak moc těžké je, přiznat si, že je člověk nemocný, a že zdaleka není jediným na světě s tímto problémem.

Poruchy příjmu potravy se skrývají v maličkostech. Měli bychom si všimnout u našich blízkých i dětí jakoukoliv změnu chování či jiný přístup ke stravování, protože mentální bulimie nebo mentální anorexie přicházejí pomalu a neohlášeně. Často se schovávají za zdravou stravu či zdravý životní styl a je velmi těžké je odhalit, pokud nejsme odborníci. Přesto jsem si jistá, že právě moje bakalářská práce s rozhovory z praxe, může být velmi nápomocná u určování a pojmenování psychické poruchy týkající se stravování.

Domnívám se, že prevenci bychom měli přijímat především od našich rodičů. Máme tendenci chování a postoje rodičů přejímat a aplikovat je tak v našem osobním životě, proto je velmi důležitý nastavený určitý řád stolování a jídelních návyků v rodině. Také jsem přesvědčena, že hlavní roli v životě dětí hraje oceňování a chválení ze strany rodičů.

Závěrem bych chtěla říci, že ne vždy je jakákoliv změna, změnou k lepšímu. U žádného odvětví bychom neměli nic přehánět, protože někdy i přehnaná vůle může natropit více škody než užitku. A pamatujme si, že život je to nejlepší, co nás v životě mohlo potkat.

„Co je důležité, je očím neviditelné.“ (Antoine de Saint – Exupéry)

## Seznam použitých informačních zdrojů

BOSÁKOVÁ, Karolína, 2010. *Modeling: cesta za snem*. Praha: Grada. ISBN isbn978-80-247-3288-6.

CLAUDE-PIERRE, Peggy, 1997. *The secret language of eating disorders: the revolutionary new approach to understanding and curing anorexia and bulimia*. New York: Times Books. ISBN isbn0812928423.

COOPER, Peter J., 1995. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia. ISBN isbn80-85885-97-2.

FRANĀKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN isbn80-246-0548-1.

HALL, Lindsey a Leigh COHN, 2003. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group. Psychoporadna. ISBN isbn80-86517-60-8.

KRCH, František David, 1999. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, František David, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-x.

KRCH, František David, 2008. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024721309.

KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN isbn978-80-7367-807-4.

KOCOURKOVÁ, Jana, Jiří KOUTEK a Jan LEBL, 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén. Folia practica. ISBN isbn80-85824-51-5.

LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ, 2010. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN isbn978-80-7367-710-7.

MALONEY, Michael a Rachel KRANZ, 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. Linka důvěry. ISBN isbn80-7106-248-0.

MARÁDOVÁ, Eva, 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN isbn978-80-86991-09-2.

MÁLKOVÁ, Iva, 2001. *SOS nadváha: [přívodce úskalím diet a životního stylu]*. 2. přeprac. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál. ISBN isbn80-7178-521-0.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2003. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN isbn80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed, 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-247-2425-6.

PATERSON, Anna, 2008. *Beating eating disorders step by step: a self help guide for recovery*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta. ISBN isbn978-80-88163-46-6.

VAŠINA, Lubomír, 2010. *Komparativní psychologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN isbn978-80-247-2847-6.

WILLIAMS, Melvin H, 2005. *Nutrition for health, fitness, & sport*. 7th ed. Dubuque, IA: McGraw-Hill. ISBN isbn0-07-244170-4.

Psychiatrie pro praxi. Konice: Solen, 2000. ISSN 1213-0508.



## Seznam internetových zdrojů

Poruchy příjmu potravy – léčba | | Anorexie, bulimie, přejídání. Anorexie, bulime, přejídání - idealni.cz [online]. Copyright © Copyright 2015 [cit. 12.07.2018]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/poruchy-prijmu-potravy-lecba/>

Výpočet BMI, Body Mass Index | Výpočet.cz. Výpočet BMI, Body Mass Index | Výpočet.cz [online]. Dostupné z: <https://www.bodymassindex.cz/>

Děti a média Fenomén „pro-ana blogů“ a jeho nebezpečí. Děti a média [online]. Dostupné z: [http://www.detiamedia.cz/art/2865/fenomen-.htm?page\\_idx=0](http://www.detiamedia.cz/art/2865/fenomen-.htm?page_idx=0)

Co jsou poruchy příjmu potravy. Home [online]. Copyright © 2015 E [cit. 13.07.2018]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/co-jsou-ppp>

Rizikové profese pro vznik poruch příjmu potravy | Rehabilitace.info. Zdravotní magazín a katalog rehabilitací | Rehabilitace.info [online]. Copyright © 2018 [cit. 13.07.2018]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/zajimavosti/rizikove-profese-pro-vznik-poruch-prijmu-potravy/>

Zdravotní důsledky diet a hladovění | Doktorka.cz. Hubnutí | Doktorka.cz [online]. Copyright © 1999 [cit. 13.07.2018]. Dostupné z: <http://hubnuti.doktorka.cz/zdravotni-dusledky-diet-hladoveni/>

## **Seznam používaných zkratek**

AJ A jiné

AN Anorexia nervosa

BMI Body mass index

CM centimetr

CNS Centrální nervová soustava

DSM-IV Diagnostický a statický manuál mentálních poruch

HK Hradec Králové

KG kilogram

KJ Kilojoul

L litr

LF UK 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MKN-10 (F 50.0) Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů

PPP Poruchy (a) příjmu potravy

PEDF Pedagogická fakulta

UK Univerzita Karlova

TJ To jest

VŠ Vysoká škola

VFN Všeobecná fakultní nemocnice

SŠ Střední škola

VŠCHT Vysoká škola chemicko – technologická

## **Příloha 1**

### **Rozhovor č. 1**

Jaké jsou tvé základní údaje? Jméno, věk, výška, popř. váha, dosažené vzdělání a současné studium/ zaměstnání?

Je mi 22 let a jmenuji se Jana, nyní vážím 70 kg při výšce 170 cm. Studovala jsem ZŠ a čtyřleté gymnázium v místě bydliště a nyní studuji VŠ na UK, kde se věnuji oboru Historické vědy na škole.

Jaké jsou tvé záliby, co ráda děláš ve volném čase?

Vystupuji v pražském orchestru a mám ráda zdravou výživu a historii.

Jaké bylo tvoje dětství? Dokážeš popsat tvoji rodinu – rodiče, sourozenci, vztahy mezi Vámi?

Mamka pracuje jako manager obchodní společnosti a tat'ka je profesionální hasič. Naši jsou rozvedení. Mámo tři roky mladší sestru Míšu, která studuje stavební školu a chystá se na ČVUT do Prahy. Nikdo z naší rodiny netrpí dědičným onemocněním nebo metabolickou poruchou. Dětství jsem měla krásné a ráda na něj vzpomínám.

Dokážeš zavzpomínat, jaké jsi měla sociální vztahy na ZŠ a SŠ? Jaký byl zhruba tvůj prospěch?

Jsem citlivá, takže vždy ráda pomůžu. Občas je to na škodu. Vídám se pravidelně se spolužáky z gymnázia. Můj prospěch se řadil mezi ty nejlepší ze třídy. Učila jsem se ráda a také jsem ráda četla.

Jak by ses charakterizovala jako typ člověka? Máš ráda přítomnost ostatních lidí?

Jsem dost citlivý člověk a občas lidem důvěřuji až moc. Ráda se seznamuji s novými lidmi. Co považuješ za hlavní příčinu vzniku mentální anorexie?

Když mi táta řekl, že mám větší zadek než máma hodinu před odletem do Egypta, tak moc mě to raniло, že jsem hned po přeletu do ČR začala cvičit. Po osmi měsících jsem měla o dvacet kg méně a anorexii. Poté jsem musela začít jíst sladkosti abych přibrala, což mi nutila zase mamka, přičemž jsem se začala přejídat.

Kdy se objevily a jakou podobu měly počáteční příznaky PPP?

První příznaky se objevily asi po 4 měsících denního cvičení a hlídání jídelníčku. Občas jsem si u babičky dala kousek koláče nebo buchty, ale vždycky jsem měla ohlídáno,

aby se mi to vešlo do denního příjmu. Už v téhle době jsem se začala hádat hlavně s mamkou, která byla přímo nepřítel z toho, že třeba při pečení cukroví jsem nechtěla ani olíznout nůž

od marmelády nebo ochutnat kousek vanilkového rohlíčku. Už v té době jsem se bála, že přiberu, ale to jsem ještě nebrala jako to, že mám anorexii. Také jsem měla výčitky, když jsem nešla cvičit každý den, byla jsem schopná vstávat jako první z rodiny i o víkendu, abych byla první v posilovně atd.

Musela jsi podstoupit léčbu či nějaké jiné zdravotní opatření na vyléčení PPP?

Žádnou léčbu jsem nepodstupovala. Pouze jsem občas navštívila psychologa. A absolvovala dvě prohlídky u praktického lékaře.

Kdo Ti byl v době onemocnění největší podporou v cestě uzdravení se?

Největší oporou mi byly určitě kamarádky, které jsem díky těmto nemocem poznala většinou prostřednictvím Facebooku. Jako jediné můj problém chápaly a staly se z nás opravdu skvělé kamarádky. Co se týče mé rodiny, tak jelikož nikdo z nich nezažil tyto stavy, nemohli mi být takovou oporou, jakou určitě chtěli být. Když jsem trpěla anorexií a nechtěla jsem jíst nic jiného, než co jsem si já sama naplánovala, hlavně s mamkou jsem se hodně hádala, což mělo veliký dopad na mou psychiku.

Jak se nyní cítíš a myslíš si nebo jsi přesvědčena, že si poruchu příjmu potravy překonala?

Doufám, že jsem ji už nadobro překonala. Dnes už jím normálně, přičemž se nebojím sníst cokoli. Nebojím se toho, že přiberu a jím i tučné potraviny, což jsem si v době anorexie nedokázala vůbec představit. Z 90 % jím zdravě, protože mi to chutná a mému tělu to dělá dobře, každopádně z mého jídelníčku opravdu nevyřazuji i sladkosti či nějaké tučnější potraviny. Když mám na něco chuť, bez výčitek si to dám. Můj vztah ke sportu se změnil o 180 stupňů. Před tím jsem si nedokázala představit den bez sportování a naprostého následného vyčerpání, dnes se mi stane, že i klidně měsíc nesportuji, protože na to, buďto nezbude čas, anebo jsem nemocná, jelikož i anorexie, přejídání a mononukleóza mi zničily do značné míry imunitu. Každopádně sportování pořád miluju.

Setkala si se před vypuknutím samotné PPP s problematikou PPP a setkala si se v průběhu onemocnění nebo před onemocněním s prevencí ohledně PPP?

Nikdy jsem žádnou zkušenost s těmito nemocí neměla. Nikdo v okolí je neměl a takřka nic jsem o nich nevěděla. Nepamatuji si na žádnou prevenci ohledně PPP. Samozřejmě mi bylo známé, jak hlavně anorexie probíhá a jak vypadají ženy, které jí trpí. V té době by mě ani nenapadlo, že bych si to jednou mohla vyzkoušet na vlastní kůži.

## **Rozhovor č. 2**

Jaké jsou tvé základní údaje? Jméno, věk, výška, popř. váha, dosažené vzdělání a současné studium/ zaměstnání?

Je mi 24 let a jmenuji se Šárka, nyní vážím 50 kg a měřím 166 cm. Studovala jsem ZŠ v místě bydliště, pak jsem nastoupila na zdejší gymnázium a nyní studuju pátý ročník pedagogické fakulty UK, obor český jazyk.

Jaké jsou tvé záliby, co ráda děláš ve volném čase?

Ráda tancuji, poslouchám hudbu a miluji strávený čas s přítelem.

Jaké bylo tvoje dětství? Dokážeš popsat tvoji rodinu – rodiče, sourozenci, vztahy mezi Vámi?

Jsem prvorozené dítě, mám o tři roky mladšího bratra Petra studující na VŠE. Mamka vystudovala grafickou střední školu a nyní pracuje v Národní knihovně. Tatka vystudoval VŠCHT a pracuje jako chemik ve farmacii. Rodiče jsou spolu již přes dvacet let. Nemoci ani metabolické poruchy nejsou známy. Dědeček měl již třikrát infarkt myokardu. Dětství jsem měla láskyplné.

Dokážeš zavzpomínat, jaké jsi měla sociální vztahy na ZŠ a SŠ? Jaký byl zhruba tvůj prospěch?

Na základce jsem byla spíše v jádru oblíbených a na gymplu nebyl kolektiv hierarchizovaný. Se svými bývalými spolužáky se téměř nevidám. Můj prospěch ve škole byl vždy uspokojující jak pro mě, tak i pro rodiče.

Jak by ses charakterizovala jako typ člověka? Máš ráda přítomnost ostatních lidí?

Jsem spíše introvert než extrovert. Nevyhledám větší akce. Preferuji setkání s těmi nejbližšími.

Co považuješ za hlavní příčinu vzniku mentální anorexie?

„Půda“ pro spuštění PPP však byla připravená už z dřívější doby. Již od základní školy jsem se zaměřovala na svůj vzhled, vč. těla, a stěžovala si na tlustá stehna (aniž by na to kdokoli z okolí kdy upozornil). Nijak výrazně to ale neovlivnilo můj jídelníček. Hlídala jsem

si, abych nevečeřela pozdě, ale to bylo vše. Tato soustředěnost na vzhled se připojila k faktu, že jsem již od mala měla sklon neodhadnout míru sytosti a přejít se. Už jako malá jsem vždy snědla celý balíček (čehokoli), nebo nic. Řekla bych, že posedlost vzhledem a sklon neodhadnout sytost posilují možnost podlehnout PPP.

Nyní zpět do doby gymnázia a situaci, kterou považuji za „přímý spouštěč“ PPP. Bylo to v době, kdy jsem chodila asi do druháku. Jednou jsem v metru potkala kamarádku z dětství, která měla stejně jako já vždy silnější stehna. Vždy jsem to, opět stejně jako u sebe, přičítala genetickým předpokladům (obě naše mamky mají slovanskou postavu). V onen moment setkání, jsem však na první pohled viděla naprostou změnu postavy, zejména štíhlé nohy, o kterých jsem snila. Hned jsem se jí ptala, jak to dokázala, a ona odpověděla, že jí normálně, akorát hlavně ovoce a zeleninu. Od tohoto momentu jsem měla jasný cíl – štíhlé nohy, a to pomocí omezení jídelníčku.

Kdy se objevily a jakou podobu měly počáteční příznaky PPP?

První příznaky se objevily po setkání s hubenější bývalou kamarádkou z dětství. Začalo to zákazem jíst po páté a už si nepamatuji další vývoj, jen konečný stav: jedla jsem zásadně brzy ráno formou přejedení a pak jsem celý den nejedla nic. Ráno jsem se probouzela hladová a těšila se na snídani. Někdy jsem se přejedla i přes den, ale často jen jednou potravinou, třeba zmrzlinou. Také jsem v té době ráda připravovala jídlo ostatním, chystala svačiny, vařila, pekla jsem. Ale sama jsem nejedla. Dále jsem kontrolovala kalorie/kJ potravin a počítala svůj příjem za celý den.

Musela jsi podstoupit léčbu či nějaké jiné zdravotní opatření na vyléčení PPP?

Ne. Žádnou léčbu jsem nepodstoupila. Když už jsem vážila 43 kg při výšce 166 cm, bylo na první pohled patrné, že mi vystupují kosti, a rodiče zasáhli tak, že mě poslali do centra Anabell. Šla jsem tam spíš intuitivně než s očekáváním změny. Byla jsem na jednom sezení, ale cítila jsem se, jako bych tam nepatřila, protože příběhy ostatních byly mnohem drsnější než ten můj. Navíc jsem cítila velkou lásku a podporu svého nejbližšího okolí včetně přítele, a to byl výrazný rozdíl oproti ostatním, kteří vztahy v rodině či blízkém okolí měly různě porouchané.

Jednou v létě mě přítel vyfotil při čištění podlahy od rozlitého mléka, a když jsem fotku chtěla vidět, zděsila jsem se. Pamatuji si, jak jsem se ptala: Ale ty kosti mám jen takhle na fotce, protože jsem ohnutá, že jo? Ale přítel mi odpověděl, že takto je mám normálně. To

byl pro mě takový šok, že jsem se od té doby začala sama zajímat o řešení. Věděla jsem, že musím začít víc jíst, a postupně jsem také začínala. Vedlejší projevy PPP však přetrvávaly (kontrola kJ, příprava jídel). Načítala jsem si o PPP nějaké články, knížky. Přitom jsem na internetu narazila na možnost stacionáře, který se měl konat na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN vždy jednou za týden. Tak jsem se rozhodla napsat vedoucí tohoto programu a posléze na ní zašla. Velmi mladá lékařka se mnou provedla připravený rozhovor, při němž jsem se cítila lhostejně, neboť mi otázky připadaly prvoplánové (téma dětství, rodina,). Očekávala jsem lidský rozhovor o stavu teď a odtud hledání příčin v kontextu, např. v dětství, v rodině, ale ne rozhovor zřetelně tabulkový a formalistický. V rámci návštěvy jsem se byla podívat i v denním stacionáři. Zřejmě vedoucí tohoto stacionáře, žena pokročilejšího středního věku, mi ukázala, jak vypadá tamější provoz. Když mi podala ukázkou jídelníčku, jenž vypadal jako jídelníček pionýrského tábora (např. ráno: rohlík a jogurt, svačina 1, oběd, svačina 2, večeře), věděla jsem, že tudy cesta nevede, že je to celé zamrzlé někde v minulosti. Korunovala to situace, kdy za toutéž lékařkou z denního stacionáře přišla dívka, vegetariánka, na první pohled v psychické nepohodě, které lékařka oznámila, že musí jíst maso, jinak se nevyлéčí. Dívka tedy odešla. Odcházela jsem s ní a celou rozechvělou jsem ji utěšovala, že toto není jediná cesta. Krátkou cestou na tramvaj jsem se dozvěděla o jejích životních strastech a po rozloučení ucítila tíhu toho, že lékaři, znalí psychologie, nejsou s to, odhadnout rozpoložení člověka, a ještě mu přitíží, co se týká zdravotního opatření, tak proběhla návštěva psychiatrie.

Kdo Ti byl v době onemocnění největší podporou v cestě uzdravení se?

Oporou mi byli všichni. A naopak? Asi já sama.

Jak se nyní cítíš a myslíš si nebo jsi přesvědčena, že si poruchu příjmu potravy překonala?

Ano, myslím si, že už jsem z toho „venku“. Poté, co jsem začala hledat alternativní možnosti, jsem se dostala až k ajurvédskému léčiteli. Ten mi zpracoval list o vhodných potravinách a časech pro stravování. Začala jsem se tím řídit a hodně se mi ulevilo. Zklidnila jsem se. A vztah k jídlu se začal narovnávat. Tak že velké díky patří i léčiteli.

Setkala si se před vypuknutím samotné PPP s problematikou PPP a setkala si se v průběhu onemocnění nebo před onemocněním s prevencí ohledně PPP?

Tuším, že jsem měla jen hrubou představu. Ve škole jsem se s tím coby tématem výuky nesetkala. Jinak s touto problematikou jsem se setkala díky již zmíněné kamarádce z dětství,

která se z vleku PPP dostala dřív než já (také dřív začala). A později jsem z vyprávění kamarádek poznala několik dívek, které prožily totéž.

### **Rozhovor č. 3**

Jaké jsou tvé základní údaje? Jméno, věk, výška, popř. váha, dosažené vzdělání a současné studium/ zaměstnání?

Je mi 19 let a jmenuji se Denisa. Nyní měřím 160 cm a vážím 45 kg. Základní školu jsem navštěvovala v místě bydliště, a pak jsem přestoupila na soukromou střední školu, kam jsem musela dojíždět každý týden. V současné době pracuji jako úřednice a později se chci živit nutričním poradenstvím, proto se snažím v této oblasti čím dál více vzdělávat a navštěvovat tak různé kurzy za získáním certifikátu.

Jaké jsou tvé záliby, co ráda děláš ve volném čase?

Věnuji se zdravé výživě a absolvuji různé kurzy za získáním certifikátu. Baví mě zahrádkářství, proto jsem si vybudovala vlastní malou zahrádku s bylinkami.

Jaké bylo tvoje dětství? Dokážeš popsat tvoji rodinu – rodiče, sourozenci, vztahy mezi Vámi?

Mám o šest let mladší sestru Natálku. Natálka navštěvuje ještě ZŠ. Máme spolu moc hezký vztah. Naši se často hádají, a tak s Natálkou často odcházíme někam ven. Mamka pracuje jako zdravotní sestra, proto chodí často dost pozdě domů kvůli směnám. Tatka pracuje jako ředitel firmy a často pracuje i doma, tzv. „home office“. Firmu převzal po našem dědečkovi a na chodu firmy mu moc záleží. Celkově spolu netrávíme moc času, neboť oba rodiče dost pracují. Naši jsou už 25 let manželé. Nemoci a metabolické poruchy v naší rodině nejsou známy. Na dětství vzpomínám ráda, i když jsme jako rodina spolu netrávili moc času. Ráda jsem jezdila k tetě a sestřenici na venkov.

Dokážeš zavzpomínat, jaké jsi měla sociální vztahy na ZŠ a SŠ? Jaký byl zhruba tvůj prospěch?

Svěřuju se pouze svojí nejlepší kamarádce ze základní školy Saše, která má pro mě pochopení. Takto to bylo i na základní škole, měla jsem se všemi neutrální vztah. Zatím nevyhledám ani partnerský vztah. Možná mě od toho odrazují trochu rodiče. Můj prospěch byl dobrý, většinou jsem měla jedničky nebo dvojky.

Jak by ses charakterizovala jako typ člověka? Máš ráda přítomnost ostatních lidí?

Jsem spíše introvertní typ. Svoje problémy si ráda řeším sama. Myslím, že kdybych



se někomu svěřila, tak mi to moc nepomůže. Společnost lidí moc nevyhledám, většinou mám problém s navázáním konverzace.

Co považuješ za hlavní příčinu vzniku mentální anorexie?

Hlavní příčinou byl asi balet. Balet a vše s ním společné mi vlezlo do hlavy natolik, až mě to úplně pohltilo. Zlom nastal, když jsem měla v hlavě myšlenku, že bych chtěla jednou tančit profesionálně. Denně jsem jsem tančila a běhala po večeri.

Kdy se objevily a jakou podobu měly počáteční příznaky PPP?

Příznaky mentální anorexie nastaly po přidání běhání po večeri a náročnějších trénincích, které měly být přípravou na závody. Ráno jsem vypila malou kávu bez mléka a cukru a dvě sklenice čisté vody bez snídaně, dopoledne jsem snědla dvě jablka a jeden plátek šunky a oběd jsem většinou nestíhala kvůli dojíždění na trénink. K večeri jsem si vzala bílý nízkotučný jogurt a šla jsem cca na dvě hodiny běhat. Dodržovala jsem to skoro půl roku a bylo to už nesnesitelné.

Musela jsi podstoupit léčbu či nějaké jiné zdravotní opatření na vyléčení PPP?

Když jsem si uvědomila, že jsem vyhublá a měla bych něco přibrat, tak jsem začala přidávat nové potraviny, abych měla alespoň tři porce jídla denně, ale hned jak jsem dojedla, tak jsem musela jít zvracet. Vážila jsem 39 kilogramů. Když jsem si zjistila, že mi vynechává menstruace a že mi čím dál více padají vlasy, tak jsem začala hledat pomoc na internetu. Našla jsem odborné centrum Anabell, a začala jsem si o něm zjišťovat informace. Dokonce jsem si domluvila návštěvu centra, ale neměla jsem odvahu jsem tam přijít. Říkala jsem si, že přeci musí existovat cesta, jak si pomoci sama, a že rozhodně nejsem žádný bēčko. Nechtěla jsem si přiznat, že potřebuji odbornou pomoc. Mamka už se nemohla koukat, jak likviduji své tělo a přivedla mě do nemocnice. Cesta do nemocnice byla hrozná, slibovala jsem, že se změním, ale jen když budu doma. V nemocnici nám navrhli pobyt na pět týdnů v ozdravovně v Hradci Králové. Já jsem nebyla zrovna dvakrát pro, ale mamce se tento návrh líbil, a tak jsme na něj přistoupili. Druhý den mě mamka zavezla do ozdravovny, kde jsem sdílela svůj pokoj s dvěma holkami. Říkali mi, že se to dá přežít, ale že do nich ošetřovatelky furt něco cpou. Ze začátku pobytu jsem to tam nesnášela ale pak to začalo být lepší. Měla jsem jídelníček na míru, denně jsme byli venku a lehce sportovali.

Kdo Ti byl v době onemocnění největší podporou v cestě uzdravení se?

Asi mamka a trenérka, které si všimly, že se semnou něco děje. Mamka začala jednat rychle a rázně, za což jí sem zpětně velmi vděčná.

Jak se nyní cítíš a myslíš si nebo jsi přesvědčena, že si poruchu příjmu potravy překonala? Cítím se fajn, ale mám stále obavy, že se u mě ještě někdy v budoucnu může mentální anorexie a bulimie objevit.

Setkala si se před vypuknutím samotné PPP s problematikou PPP a setkala si se v průběhu onemocnění nebo před onemocněním s prevencí ohledně PPP?

Nesetkala jsem se nikdy s prevencí doma ani ve škole. Jen jsem si sama zjišťovala základní informace o PPP.

#### **Rozhovor č. 4**

Jaké jsou tvé základní údaje? Jméno, věk, výška, popř. váha, dosažené vzdělání a současné studium/ zaměstnání?

Je mi 22 let a jmenuji se Sabina. Nyní vážím 70 kg a měřím 162 cm. Základní školu a gymnázium jsem vystudovala ve městě vzdáleném cca 10 km od mého bydliště, tudíž jsem byla denně doma. Nyní studuji na Pedf – UK, kde se věnuji oboru Biologie. Přivydělávám si při ZŠ jako asistentka pedagoga na jedné základní škole v Modřanech.

Jaké jsou tvé záliby, co ráda děláš ve volném čase?

Přivydělávám si při ZŠ jako asistentka pedagoga na jedné základní škole v Modřanech. Miluju děti a mým vysněným povoláním byla vždy učitelka. Mám ráda sport a zvířata.

Jaké bylo tvoje dětství? Dokážeš popsat tvoji rodinu – rodiče, sourozenci, vztahy mezi Vámi?

Jsem prvorozené dítě. Mám o dva a půl roku mladšího bratra Patrika. Vystudoval střední zemědělskou školu zakončenou maturitou a nyní už pracuje. Máme spolu velmi pěkný vztah. Je to moje „vrba“. Mamka je švadlena a pracuje v místě bydliště a tatka je elektrotechnik v jedné české firmě. Rodiče jsou již přes dvacet let svoji a mají pěkné manželství. Máme v rodině moc hezké vztahy. Pravidelně se navštěvujeme a trávíme spolu rádi volný čas. Prarodiče trpí diabetes prvního typu a hypofunkcí štítné žlázy. Jiné nemoci a metabolické poruchy nejsou známy. Dětství jsem měla krásné a moc ráda na něj vzpomínám. Trávila jsem každé letní prázdniny u prarodičů. Bylo to mé nejkrásnější období v životě.

Dokážeš zavzpomínat, jaké jsi měla sociální vztahy na ZŠ a SŠ? Jaký byl zhruba tvůj prospěch?

S bývalými spolužáky ze ZŠ se vídám celkem pravidelně, a co se týče gymplu, tak tam nebyl zdaleka tak skvělý kolektiv jako na základce, možná je to i proto, že jsem právě na gymplu prožívala svoje nejtěžší období vůbec. Tam jsem totiž byla dost uzavřená a nešťastná. Můj prospěch byl uspokojivý. Většinou jsem měla vysvědčení s vyznamenáním.

Jak by ses charakterizovala jako typ člověka? Máš ráda přítomnost ostatních lidí?

Jsem extrovert. Miluju poznávat nové lidi a nové kultury. Jsem už od mala ráda středem pozornosti. Ráda se směju a jsem často vyhlášena ve společnosti jako komik

Co považuješ za hlavní příčinu vzniku mentální anorexie?

Na konci deváté třídy se mému tatkovci stal vážný pracovní úraz, při němž přišel o oko. Byla to velká tragédie a ohromné zavinění a totální selhání lékařů. Tento fakt považuji za hlavní příčinu vzniku mentální anorexie. Přispěla k tomu i soutěž ve zdejších městě, kde jsem vyhrála druhé místo. Tehdy jsem si ale říkala, že na první místo to nestačilo. A tak jsem se rozhodla, že už nebudu dělat aerobik jen rekreačně ale začnu se věnovat aerobiku závodně.

Kdy se objevily a jakou podobu měly počáteční příznaky PPP?

Pamatuji si ten zlom, když jsem se vrátila z podzimního soustředění a chtěla zhubnout a být nejlepší v aerobiku. Začala jsem radikálně měnit svůj jídelníček. Nejdříve jsem jedla jen zeleninu, suchary a občas šunku nebo sýr ale uvědomila jsem si, že tohle mi tolik nezaplňuje žaludek, a proto jsem paradoxně přešla na tmavé pečivo s plátkovým sýrem a zeleninou. Věděla jsem, že po tom nepřibírám, a přesto nemám tolik hlad, a to mi vyhovovalo. Přisahám, že jsem si za celé dva roky nedala do pusy ani drobeček něčeho jiného. Byla jsem si jistá, že když přidám jedinou potravinu navíc, mohla bych ztloustnout, a to jsem si tehdy nemohla dovolit. Přesto jsem ráda připravovala a chystala jídla ostatním, i když jsem sama nikdy ani neochutnala. Měli jsme většinou pětkrát v týdnu tréninky a o víkendech většinou závody, a i když už tohle tempo bylo náročné, tak jsem cvičila ještě hodiny doma. Vstávala jsem kolem půl páté, abych si stihla do sedmi hodiny zaběhnout až 20 km. Po tréninku jsem ještě cvičila doma. Většinou když už všichni spali, tak jsem posilovala do vyčerpání. Něco v hlavě mi říkalo, že dokud neudělám 1 000 sedů-lehů, tak se stane něco zlého. Při čekání na autobus jsem nestála v klidu ani minutu, musela jsem pořád chodit a hýbat se nebo jsem dřepovala u čištění zubů. Něco mi také říkalo, že musím klepat nohama, když jím. S těmito hlasy jsem se setkávala denně. Děsilo mě to.

Musela jsi podstoupit léčbu či nějaké jiné zdravotní opatření na vyléčení PPP?

Nikdy nezapomenu na ten den, kdy jsem nemohla ani vstát z postele, jak moc jsem byla slabá. Tehdy jsem při váze 40 kg na 162 cm onemocněla chřipkou. Byla jsem malátná a maminka mě musela vzít do náručí, protože jsem nebyla schopná téměř kroku a odvezla k mé praktické lékařce, ta se už ve dveřích zhrozila, jak vypadám. Po zvážení mě okamžitě chtěla poslat do anorektické léčebny, což jsme odmítli a navrhli ji prozatímní řešení a to, že se u ní budu pravidelně vážit v ordinaci. První návštěva spočívala v tom, že jsem si musela sundat i náušnice a zcela nahá se postavit na váhu. Měla jsem motivaci přibrat, neboť jsem nechtěla do léčebny, proto se mi tehdy povedlo přibrat dvě kila za týden. Bohužel mi to má bývalá praktická lékařka nevěřila a tvrdila mi, že jsem určitě musela vypít před vstupem

do ordinace tři litry vody. Po této zkušenosti jsme ukončili spolupráci s praktickou lékařkou a rozhodla jsem se mentální anorexii porazit sama. Žádnou léčbu jsem tedy nemusela podstoupit.

Kdo Ti byl v době onemocnění největší podporou v cestě uzdravení se?

Největší podporou pro mě byla rodina, která mi věřila, že to zvládnou i bez odborné pomoci. A během přibírání jsem si našla i nového přítele, který mě tehdy přivedl na jiné myšlenky a byl mi velkou oporou.

Jak se nyní cítíš a myslíš si nebo jsi přesvědčena, že si poruchu příjmu potravy překonala?

Nyní bojuju s hypofunkcí štítné žlázy, takže jsem bohužel přibrala 20 kilogramů, které se mi ale daří shazovat. Jsem přesvědčena, že jsem mentální anorexii nadobro porazila a nyní se cítím velmi dobře.

Setkala si se před vypuknutím samotné PPP s problematikou PPP a setkala si se v průběhu onemocnění nebo před onemocněním s prevencí ohledně PPP?

Nikdy by mě nenapadlo, že zrovna já se budu potýkat s tak zákeřnou nemocí, neboť jsem do té doby byla velmi šťastná a bezstarostná. Nikdy jsem o žádné prevenci jak ze strany rodičů, tak učitelů neslyšela ani slovo.

## **Rozhovor č. 5**

Jaké jsou tvé základní údaje? Jméno, věk, výška, popř. váha, dosažené vzdělání a současné studium/ zaměstnání?

Je mi 20 let a jmenuji se Tereza. Nyní vážím 50 kg při výšce 165 cm. Studovala jsem základní školu v místě bydliště a poté jsem přestoupila na střední hotelovou školu do jiného

města. Musela jsem být tedy přes týden na internátu. V současnosti pracuji jako recepční v nejmenovaném hotelu.

Jaké jsou tvé záliby, co ráda děláš ve volném čase?

Mám ráda cestování, poznávání nových kultur a jídla.

Jaké bylo tvoje dětství? Dokážeš popsat tvoji rodinu – rodiče, sourozenci, vztahy mezi Vámi?

Jsem druhorozené dítě a mám o pět let staršího bratra Martina a o jeden rok mladší sestru Dianu. Se sestrou mám lepší vztah než s bratrem. Martin se živí jako řidič kamionu. Dianka studuje střední zdravotnickou školu a po prázdninách se chystá na Vysokou zdravotnickou školu v Praze. Mamka pracuje v cestovní kanceláři a svoji práci má moc ráda a taťka je vedoucí malého strojírenského podniku. Naši jsou nadále svoji. Metabolické poruchy a jiné nemoci nejsou v naší rodině diagnostikovány, jen babička z mamky strany trpí osteoporózou. Na dětství nevzpomínám dvakrát nejlépe, neboť jsem byla pod neustálým tlakem mamky, abych byla v atletice nejlepší a vykompenzovala ji tak její neúspěch z mládí.

Dokážeš zavzpomínat, jaké jsi měla sociální vztahy na ZŠ a SŠ? Jaký byl zhruba tvůj prospěch?

Na základní škole jsem nebyla zrovna dvakrát oblíbená, trávila jsem čas hlavně s mojí nejlepší kamarádkou Bětkou. Na hotelové škole jsem měla lepší kolektiv. S bývalými spolužáky z hotelové školy jsem stále v kontaktu a ze základní školy jsem v kontaktu pouze s Bětkou. Můj prospěch byl dobrý. Vždy jsem s ním byla spokojená já i rodiče. Většinou jsem měla na ZŠ vysvědčení s vyznamenáním. Mám ráda festivaly a celkově hudbu. Mám v plánu se naučit hrát na některý hudební nástroj. Vyhledám inspirativní lidi, kteří mi něco předají a já zas jim.

Jak by ses charakterizovala jako typ člověka? Máš ráda přítomnost ostatních lidí?

Jsem flegmatik. Razím heslo, že to všechno nějak dopadne a co se má stát se stejně chtě nechtě stane. Ráda poznávám nové lidi a inspiroji se od nich.

Co považuješ za hlavní příčinu vzniku mentální anorexie?

Za hlavní příčinu považuji ambicióznost mojí mamky, která ze mě toužila mít světovou atletickou závodnici. Sama kdysi závodila v atletice, ale nikdy nedosáhla medailové pozice. Netvrdím, že mi atletika nešla, ale díky mamce jsem skončila, neboť její přehnané nároky

a cílevědomost se nedaly vydržet dlouho. A jako další příčinu vzniku PPP považuji i přestěhování se na internát, kde jsem většinu času trávila sama.

Kdy se objevily a jakou podobu měly počáteční příznaky PPP?

Když jsem hledala výplň zbytku dne, tak jsem se začala zajímat o zdrav životní styl a fitness. Pamatuji si, jak jsem listovala časopisy a obdivovala slečny, co soutěžily v kategorii Bikiny – Fitness. Chtěla jsem být jednou z nich, a tak jsem si vyhledala trenéra, který mi sestavit stravovací a tréninkový plán. Později jsem trenérovi oznámila, že to zvládnou sama. Se svým režimem a cvičením jsem se dostala na 45 kg při výšce 165 cm. Měla jsem téměř pořád špatnou náladu, což u mě zaznamenávala především sestra. Společné obědy a večere se pro mě tehdy stávaly noční můrou. Jedla jsem buď u sebe v dětském pokoji a jídlo jsem dávala většinou našemu psovi Maxovi. Když jsem musela jíst u stolu se všemi, tak jsem předstírala, že koušu jídlo a polykám ho, ale když se rodiče a nikdo u stolu nedíval přímo na mě, tak jsem soustu vyplivla do papírového kapesníčku a později ho vyhodila do koše. Jedla jsem pouze Cottage sýr se zelenou zeleninou. Ráda jsem připravovala jídla pro ostatní. Musela jsi podstoupit léčbu či nějaké jiné zdravotní opatření na vyléčení PPP?

V průběhu mentální anorexie jsem se ale začala míň a míň hlásit o hodinách a byla jsem stále unavená, toho si všimla moje třídní učitelka. Později si mě pozvala do kabinetu, kde mi nabídla odbornou pomoc. Naštěstí jsem už v tuto dobu věděla sama, že se sebou musím začít něco dělat. S pomocí jsem tedy souhlasila a oznámila to ten den rodičům, kteří nebyli pro ani proti. Řekli mi, že když mi to pomůže, tak proč ne. Začala jsem docházet na pravidelné prohlídky, kde mi sestavili jídelníček s doporučenou fyzickou aktivitou. Tyto kontrolní prohlídky u učitelky známé odbornice na PPP mi velmi pomohly, a proto jsem se rozhodla ještě zkusit skupinové terapie. Věděla jsem, že nejsem zdaleka jediná, kdo touto nemocí trpí. Na skupinovou terapii jsem docházela po dobu šesti měsíců a velmi mi to pomohlo. Dokonce jsem si tam našla i nové přátele, se kterými se vídám dodnes.

Kdo Ti byl v době onemocnění největší podporou v cestě uzdravení se?

Velkou oporou mi byla moje sestra Dianka, která si jako první všimla, že semnou není něco v pořádku, a že to, jak jsem se chovala, nebylo bezdůvodné. Rodiče moji vyhublost prisuzovaly k přestěhování se na intr a že nemám domácí stravu, ale to nebyla tak úplně pravda. A klíčem k uzdravení se považuji moji skvělou třídní učitelku.

Jak se nyní cítíš a myslíš si nebo jsi přesvědčena, že si poruchu příjmu potravy překonala?

Cítím se skvěle, protože jsem začala cestovat se svým přítelem. Na loňské Vánoce jsme byli v New Yorku a o velkých letních prázdninách se chystáme do Vietnamu. Cestování mě nabíjí a zároveň uklidňuje. K jídlu a ke sportu jsem si našla zdravý vztah a jsem přesvědčená, že jsem mentální anorexii překonala.

Setkala si se před vypuknutím samotné PPP s problematikou PPP a setkala si se v průběhu onemocnění nebo před onemocněním s prevencí ohledně PPP?

Setkala jsem se s prevencí na téma PPP v sedmé třídě na ZŠ. A po mojí zkušenosti s mentální anorexií se moje třídní učitelka na střední škole rozhodla uspořádat prevenci na téma poruchy příjmu potravy kolem nás pro celou školu. Jinak nikdo z mého okolí žádnou PPP netrpěl, nebo o tom alespoň nevím.